

Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ?

Repérage de pratiques innovantes

mai
2016

Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes

Rapport réalisé par l'Agence nouvelle des solidarités actives en partenariat avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)/ ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Au sein de l'Agence nouvelle des solidarités actives, cette étude a été réalisée par Ben Rickey avec l'appui de Claire d'Hennezel.

Contact

Ben RICKEY, responsable de projet : ben.rickey@solidarites-actives.com

**L'Agence nouvelle des solidarités actives tient à remercier
toutes les personnes ayant contribué au rapport :**

ODILE MANSARD, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). **MARION QUAOCH-HUONG**, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS). **LAURENT THÉVENIN**, FNH-VIH et autres pathologies. **PASCALE ESTECAHANDY**, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). **MARIE GAFFET**, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). **GRÉGOIRE POUPIN**, Association Ligérienne d'Addictologie. **JEAN-HUGUES MORALES**, CEID-Bordeaux. **FRANÇOIS LE FORESTIER**, Aux Captifs la Libération. **VALÉRIE DESMARTIN BELARBI**, CREAL-ORS Languedoc-Roussillon. **CLAIRE POLLART**, Adages. **NICOLE SCHWALL**, Acal. **ISABELLE RIGAUD**, DRJSCS Languedoc-Roussillon. **ESTELLE KESSELER**, DRJSCS Languedoc-Roussillon. **CARL GAUDY**, Association ARI - Dispositif ASAIS. **PHILIPPE LEMAIRE**, Visa. **MARIE-LAURE LEBLANC**, Visa. **SANDRINE BONNEL**, La Boussole. **CLAUDE PICARDA**, CHRS « La Vie active ». **ERIC LEMERCIER**, Interlogement 93. **MONIQUE PILLAUD**, Centre hospitalier de Périgueux. **MATHILDE DUPRÉ**, FNARS Bourgogne. **ANGÉLIQUE MAITREHENRY**, CHU de Dijon. **JULIE FRADIN**, Fondation de la maison des champs. **LÉONARD NZITUNGA**, Association L'Abri. **FRANÇOISE RICCO**, Délégation territoriale Tarn-et-Garonne de l'ARS Midi-Pyrénées. **MARINA LAZZARI**, Réseau santé-précarité de Lille. **CHRISTELLE LEMAIRE**, Réseau santé-précarité de Lille. **ALDO MAGGIORE**, personne concernée, délégué CCPA. **THIERRY RENAUT**, personne concernée, CCRPA Haute-Normandie. **OLIVIA KRIMI**, CSAPA du Griffon. **VALÉRIE KALBACHER**, DDCS du Finistère. **LUCE GATECLOUD**, Samu social de Paris. **GUILLAUME CHERUY**, Samu social de Paris. **NADÈGE LETELLIER**, Samu social de Paris.

Sommaire

Synthèse	7
Introduction	11
La mission	11
La santé des personnes sans domicile.....	11
Les politiques publiques relatives à la santé des personnes sans domicile	14
Pourquoi améliorer la prise en charge de la santé des personnes sans domicile	16
L'innovation comme levier	17
Structure du rapport	18
Aller vers, évaluer et orienter les personnes à la rue	21
Constats relatifs aux besoins des personnes	21
Dispositifs existants	22
Pistes d'action et innovations.....	27
<i>Améliorer l'évaluation de la santé par les SIAO</i>	27
<i>Assurer un « aller vers » mieux coordonné</i>	28
<i>Améliorer l'aller vers et l'accompagnement des personnes ayant des addictions</i>	30
<i>Réduire les ruptures de soin par un accès direct à un logement selon l'approche « Un chez-soi d'abord »</i>	33
Aller vers, évaluer et orienter les personnes mises à l'abri	39
Constats relatifs aux besoins des personnes	39
Dispositifs existants	39
Pistes d'action et innovations.....	42
<i>Améliorer les conditions d'accueil</i>	42
<i>Améliorer l'évaluation et l'accompagnement global des familles</i>	43
<i>Aller vers pour favoriser le recours aux droits de santé et aux soins</i> ..	44
<i>Aider les familles hébergées à l'hôtel à s'alimenter de façon plus équilibrée</i>	45
Anticiper, préparer et coordonner les sorties d'hôpital	47
Constats relatifs aux besoins des personnes	47
Dispositifs existants	48
Pistes d'action et innovations.....	50

<i>Améliorer l'articulation entre les PASS et les acteurs de veille sociale</i>	50
<i>Favoriser l'accès au logement des sortants de LHSS et d'ACT</i>	53
<i>Mieux répondre aux personnes avec des pathologies lourdes de longue durée</i>	55
<i>Poursuivre une coordination thérapeutique à domicile</i>	56
<i>Répondre aux besoins des personnes accueillies nécessitant des soins palliatifs</i>	58
Assurer un recours aux droits et aux soins des personnes hébergées	61
Constats relatifs aux besoins des personnes	61
<i>Le recours aux droits de santé</i>	61
<i>Le recours aux soins et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux</i>	61
<i>Le recours aux dispositifs médico-sociaux</i>	62
Dispositifs existants	62
<i>Le recours aux droits de santé</i>	62
<i>Le recours aux soins et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux</i>	63
<i>Le recours aux dispositifs médico-sociaux</i>	64
Pistes d'action et innovations.....	65
<i>Favoriser le recours aux droits à la santé des personnes hébergées</i> ...	65
<i>Favoriser le recours aux soins et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux des personnes hébergées</i>	66
<i>Favoriser le recours aux dispositifs médico-sociaux pour les personnes handicapées et vieillissantes hébergées</i>	70
Conclusions et préconisations	73
Fiches projets	77

Édito

Comment favoriser l'accès aux soins des personnes sans-abri? Comment offrir aux personnes hébergées un suivi médical adapté? Comment stabiliser un parcours d'accès et de maintien dans le logement pour les personnes souffrant de pathologies lourdes? Certains acteurs déploient localement des initiatives afin d'apporter des réponses à ces questions et de tester des solutions innovantes en termes de pratique, de mode d'intervention ou encore de partenariat. Ce sont précisément ces innovations, portées le plus souvent par des structures « traditionnelles » (associations, collectivité, établissement public ou médico-social) que nous avons entrepris de repérer, étudier et restituer dans ce rapport.

Notre positionnement nous a permis de travailler sur un périmètre relativement large, au-delà de tel territoire ou de tel réseau de professionnels. Il en ressort une diversité de pratiques aux impacts et résultats visibles, sur lesquelles nous pensons qu'il existe un enjeu de capitalisation puis de diffusion.

Au croisement de trois secteurs d'intervention – le sanitaire, le médico-social et le social – le sujet de la prise en charge des questions de santé des personnes sans domicile pose une difficulté majeure pour les acteurs et pose la question d'un travail multipartenarial. Trouver des solutions dans les interstices, organiser des espaces d'échange est alors nécessaire. Cette difficulté – ou cet enjeu – nous l'avons perçue dans la plupart des 26 projets étudiés.

Tous les acteurs interrogés se sont prêtés au jeu, favorables à toute démarche de mutualisation et de retour sur expérience. Très naturellement, ils nous ont livré leur méthode, les difficultés rencontrées, les aspects budgétaires, les résultats obtenus. Nous avons ainsi pu identifier de manière empirique les limites de l'existant et les pistes d'amélioration. L'Ansa a notamment été confrontée au manque de projets ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique, l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » faisant figure d'exception à cet égard.

Cette étude s'inscrit dans la continuité de nos travaux sur l'hébergement et l'accès au logement et dans le prolongement de nos actions pour l'accès aux droits, en l'occurrence ici, l'accès aux soins et à la santé. Enfin, elle vise à favoriser l'essaimage des innovations sociales, préoccupation centrale de l'Ansa. Nous espérons qu'elle sera une ressource utile.

Michèle PASTEUR,
Directrice générale de l'Agence nouvelle des solidarités actives

Synthèse

Ce rapport a été réalisé par l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa), dans le cadre de sa convention avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Il vise à recenser des pratiques innovantes de prise en charge des problèmes de santé des personnes sans domicile afin que les services déconcentrés de l'État puissent s'en saisir.

Les personnes sans domicile, qu'elles soient à la rue ou hébergées, présentent un moins bon état de santé que la population générale. Ce public affiche également un taux de non-recours aux droits de santé et de renoncement aux soins plus élevé, avec des conséquences graves pour leur santé. La prise en charge de leurs problèmes de santé a été considérablement renforcée au cours des vingt dernières années, avec l'instauration d'une couverture maladie universelle et de nombreux dispositifs spécifiques. Ces personnes ont aussi davantage recours aux services d'urgence que le reste de la population. Cela pose problème à la fois en termes d'égalité de traitement et d'efficacité des dépenses publiques. **Face à cet enjeu, les acteurs de terrain innovent.** Ce rapport cherche à capitaliser sur ces innovations afin d'en favoriser la diffusion sur les territoires et d'alimenter les réflexions de la DGCS et de ses partenaires au niveau national.

Environ 13 000 personnes – soit une personne sans domicile sur dix – sont sans-abri en France. La vie à la rue affecte considérablement leur santé physique et mentale. Afin de répondre à cette situation, plusieurs dispositifs ont été essaimés en France : actions de veille sociale (115, SIAO, maraudes), équipes mobiles psychiatrie et précarité et actions d'« aller vers » les personnes souffrant d'addictions (CSAPA, CAARUD).

Par ailleurs, les acteurs de terrain continuent d'innover afin d'améliorer la prise en charge de ce public, par exemple par un aller vers plus coordonné (à Montpellier et à Angers) ou par une meilleure orientation dans le département de Seine-Saint-Denis. À Lille, Marseille, Paris, Toulouse, Bordeaux et Grenoble, des projets de type « Un chez-soi d'abord » tentent également de réduire les ruptures de soins par un accès direct à un logement. Cette approche d'accès direct au logement a également été testée par l'association Visa, dans le Nord, pour des personnes alcoolodépendantes.

Chaque année, des milliers de personnes sont mises à l'abri, soit à l'hôtel soit en hébergement d'urgence hivernal. Les personnes orientées vers les places d'urgence du dispositif hivernal alternent généralement des périodes à la rue et en hébergement. Leur situation est donc souvent proche de celle des personnes sans-abri. Les ménages hébergés à l'hôtel rencontrent, quant à eux, des problématiques spécifiques qui ont été soulignées par l'enquête ENFAMS^a. Il existe des dispositifs permettant un accès aux soins gratuit pour ce public, notamment les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). De plus, l'accompagnement global de ces ménages s'est amélioré ces dernières années, grâce notamment à l'investissement de l'État, en particulier en Île-de-France. De nombreux projets innovants ont également émergé en Île-de-France pour améliorer les conditions d'accueil, l'accompagnement, l'aller vers et l'alimentation des ménages hébergés à l'hôtel.

Les personnes sans domicile ont un recours élevé aux services hospitaliers, et tout particulièrement aux urgences générales. Sans solution de logement à la sortie, la durée d'hospitalisation est souvent prolongée. Ces personnes multiplient souvent des allers retours entre l'hôpital et leur lieu de vie (rue, squat, hébergement). La prise en charge de ces situations s'est notamment améliorée avec la mise en place des PASS, des appartements de coordination thérapeutique (ACT) ou encore des lits haltes soins santé (LHSS). Les projets innovants identifiés portent entre autres sur la meilleure articulation entre PASS et acteurs de la veille sociale (à Périgueux et Dijon), sur l'accès au logement des sortants de LHSS et d'ACT (en Île-de-France), et sur la coordination thérapeutique à domicile (en Haute-Normandie).

Les personnes hébergées affichent également un fort taux de non-recours aux droits, de renoncement aux soins et d'exclusion des dispositifs pour personnes handicapées et vieillissantes. Concernant le recours aux droits, le service public hospitalier s'est vu confier un rôle de prévention et de lutte contre l'exclusion relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Certains services hospitaliers, dont ceux de Toulouse, ont donc mis en place un dispositif pour fluidifier l'accès aux droits. L'accès à l'hygiène et à la santé constitue l'une des missions des centres d'hébergement. Afin de favoriser le recours aux soins, ces structures participent ainsi, par exemple à Lille et dans le Tarn-et-Garonne, à des actions visant à mieux coordonner les intervenants sanitaires et sociaux. Enfin, en réponse à la problématique de dépendance des populations hébergées, qui peinent à accéder aux établissements médico-sociaux, les centres d'hébergement ont élaboré diverses initiatives, telles que des partenariats avec des établissements d'hébergement

a. Enquête ENFAMS « Enfants et familles sans logement », Observatoire du Samu social de Paris, 2014.

pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette orientation nécessite un recensement des personnes hébergées relevant du médico-social, tel que la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Finistère l'a réalisé en 2015.

Ce repérage de bonnes pratiques a permis de faire apparaître les limites des dispositifs existants et les pistes d'amélioration. Certes, la prise en charge de la santé des plus précaires a été considérablement renforcée depuis le milieu des années 1990. Cependant, l'empilement de ces dispositifs spécifiques engendre d'autres difficultés. L'Ansa préconise donc des actions pour mieux articuler ces dispositifs et coordonner les acteurs du social et du sanitaire afin de construire des parcours cohérents vers l'accès aux soins. De plus, l'Ansa propose d'améliorer l'accès au logement comme condition indispensable à la santé, notamment par l'essaimage des approches « Un chez-soi d'abord ». L'Ansa recommande également que certains services de soins du droit commun soient mieux adaptés aux besoins des personnes sans domicile. Enfin, l'Ansa propose de développer la participation des personnes concernées, notamment par la « pair-aidance ». À l'issue de ce travail de repérage, l'Ansa travaillera avec la DDCS et ses partenaires afin d'approfondir ces pistes d'action. *

Introduction

La mission

Ce rapport a été réalisé par l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa), dans le cadre de sa convention avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Il porte deux ambitions :

- **présenter de façon synthétique les problématiques sanitaires des personnes sans domiciles et les enjeux qu'elles posent pour les professionnels qui les accompagnent ;**
- **recenser des pratiques innovantes de prise en charge des problèmes de santé des personnes sans domicile afin que les services déconcentrés de l'État (DRJSCS, DDCS(PP), DJSCS) puissent s'en saisir, notamment dans le cadre de leurs programmations locales.**

Il existe une multitude de dispositifs qui ciblent la santé des personnes sans domicile. Ce rapport aborde principalement des pratiques qui favorisent l'articulation entre le secteur de l'hébergement et du sanitaire. Il porte sur des actions relatives à la santé mises en œuvre :

- en hébergement : à l'hôtel, en centre d'hébergement d'urgence (CHU), en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- en logement d'insertion : maisons relais, résidences sociales, logements en intermédiation locative (IML) ;
- par les acteurs de la veille sociale (maraudes, équipes mobiles, Samu social etc.), accueils de jour et de nuit ;
- par les acteurs de l'orientation (exemple les services intégrés d'accueil et d'orientation – SIAO).

La santé des personnes sans domicile

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » . Ce rapport s'attache à cette définition et aborde ainsi la santé physique, psychique et psychologique ainsi que les addictions aux drogues et à l'alcool. Le rapport traite également la

question des situations de handicap et de vieillissement dans la mesure où elles portent atteinte à l'autonomie des personnes sans domicile.

Les liens entre la pauvreté et les problèmes de santé et d'accès aux soins sont bien établis en France. D'une part, les personnes en situation de pauvreté peinent souvent à réunir les conditions indispensables à la santé : « *se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, [etc.]* »². En raison notamment de ces déterminants sociaux, les personnes en situation de précarité sociale ont un état de santé plus mauvais que la population générale³. D'ailleurs, les travaux scientifiques montrent que parmi les personnes en situations de précarité, l'état de santé se dégrade au fur et à mesure que la précarité s'installe. D'autre part, malgré l'existence d'une Couverture maladie universelle (CMU), ces personnes affichent un taux de non-recours aux droits de santé et de renoncement aux soins plus élevé que la population générale⁴.

Chiffres clés : non-recours et santé⁵

Non-recours aux droits de santé

> 20 % pour la CMU-C en 2012 et 78 % pour l'aide au paiement d'une complémentaire santé en 2011 (ACS).

Renoncements aux soins

> 20 % des bénéficiaires de la CMU-C, 33 % des personnes sans complémentaire santé.

Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU

> 32 % chez les dentistes et 31 % chez les ophtalmologues

Ces problématiques sont généralement accentuées pour les quelque 141 500 personnes sans domicile, qu'elles soient en hébergement collectif (46 % au total), hébergées dans un logement par une association (33 %), hébergées en hôtel (12 %) ou sans-abri (9 %)⁶. En effet, « *16 % des sans-domicile usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3 % de la population ayant un logement personnel* »⁷. Cela n'est pas sans conséquence sur leur espérance de vie : l'âge moyen de décès des personnes ayant vécu, à un moment ou à un autre à la rue est de 49 ans (selon un recensement effectué entre 1998 et 2010 par « Les morts à la rue »).

Les personnes sans domicile sont davantage concernées par des pathologies particulières. Plus des deux tiers (65 %) des personnes sans domicile déclaraient au moins une **maladie chronique** en 2001⁸. Les quatre principales pathologies mentionnées par les personnes sans logement en 2009 sont les maladies respiratoires, le diabète, l'hypertension et les maladies psychiques⁹.

Les **troubles psychiques** touchent en effet davantage les personnes sans domicile que la population générale. Dans l'agglomération parisienne, près du tiers des personnes sans domicile présente des troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles sévères de l'humeur)¹⁰. L'**addiction** frappe également une partie importante de ce public - 27 % des personnes sans-abri sont dépendantes de l'alcool, et 17,5 % ont une consommation quasi quotidienne d'au moins une drogue illicite et/ou d'un médicament détourné de son usage¹¹. Ces personnes cumulent souvent plusieurs de ces problématiques. Ainsi, le terme **polypathologie** est souvent évoqué pour désigner « *la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période* »¹², que ces maladies soient physiques ou psychiques. Cette situation est souvent aggravée par la présence d'une addiction.

Cette première analyse traite principalement de la situation des personnes sans domicile et ayant un parcours de rue. Le terme de « grands précaires » est parfois utilisé pour désigner ce public, ou « grands exclus » lorsque la personne est concernée par des troubles psychiques. Cependant, le public sans domicile est divers et ses problématiques de santé sont également variables. Par exemple, les **familles hébergées à l'hôtel** présentent des problématiques spécifiques liées aux conditions d'accueil à l'hôtel, révélées entre autres par l'enquête ENFAMS en 2014 (voir page 40). Peu de pratiques innovantes ont été développées pour ce public, présent sur peu de territoires et faisant déjà l'objet d'une mobilisation de l'État et des acteurs associatifs, notamment dans le cadre du Plan de réduction des nuitées hôtelières.

Depuis fin 2014, les services déconcentrés de l'État et leurs partenaires associatifs, collectivités locales, agences régionales de santé (ARS), caisses d'allocations familiales (CAF), ont élaboré dans chaque département un diagnostic partagé à 360° du sans-abrisme au mal-logement (dit « diagnostic à 360° »). Ces travaux permettent de compléter l'analyse quantitative ci-dessus par un « retour de terrain » plus qualitatif. L'analyse de plusieurs diagnostics réalisée en 2015 par la DGCS pose quelques constats clés concernant la santé des personnes sans domicile, notamment¹³ :

- les personnes présentant une problématique sociale et/ou sanitaire cumulent régulièrement les difficultés, ce qui explique la complexité des situations de vie mêlant plusieurs problèmes (troubles psychiatriques/addiction, précarité financière/fragilités sanitaires...);
- les problématiques de santé (troubles psychiatriques, addictions, santé mentale...) et les sorties d'institutions non anticipées (institutions psy-

chiatriques) sont parmi les principales raisons de rupture de parcours d'hébergement et de logement;

- les personnes souffrant de troubles psychiatriques et/ou d'addictions sont parmi les publics considérés comme présentant les parcours les plus complexes en termes d'hébergement et de maintien dans le logement.

Les politiques publiques relatives à la santé des personnes sans domicile

Depuis les années 1950, les liens sont établis dans la loi entre la santé et la pauvreté^a. Cependant, c'est uniquement à partir de la fin des années 1980 que la question de l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté se pose plus clairement. Deux rapports sont publiés¹⁴, à la suite desquels une série de lois est adoptée afin de répondre à cet enjeu. En 1998, la loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions débouche sur la création des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et permet la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (les PASS). L'année suivante, la loi n° 99-641 instaure la Couverture maladie universelle (CMU) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En 2004, l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est créée afin que les personnes disposant de faibles ressources puissent payer une complémentaire santé.

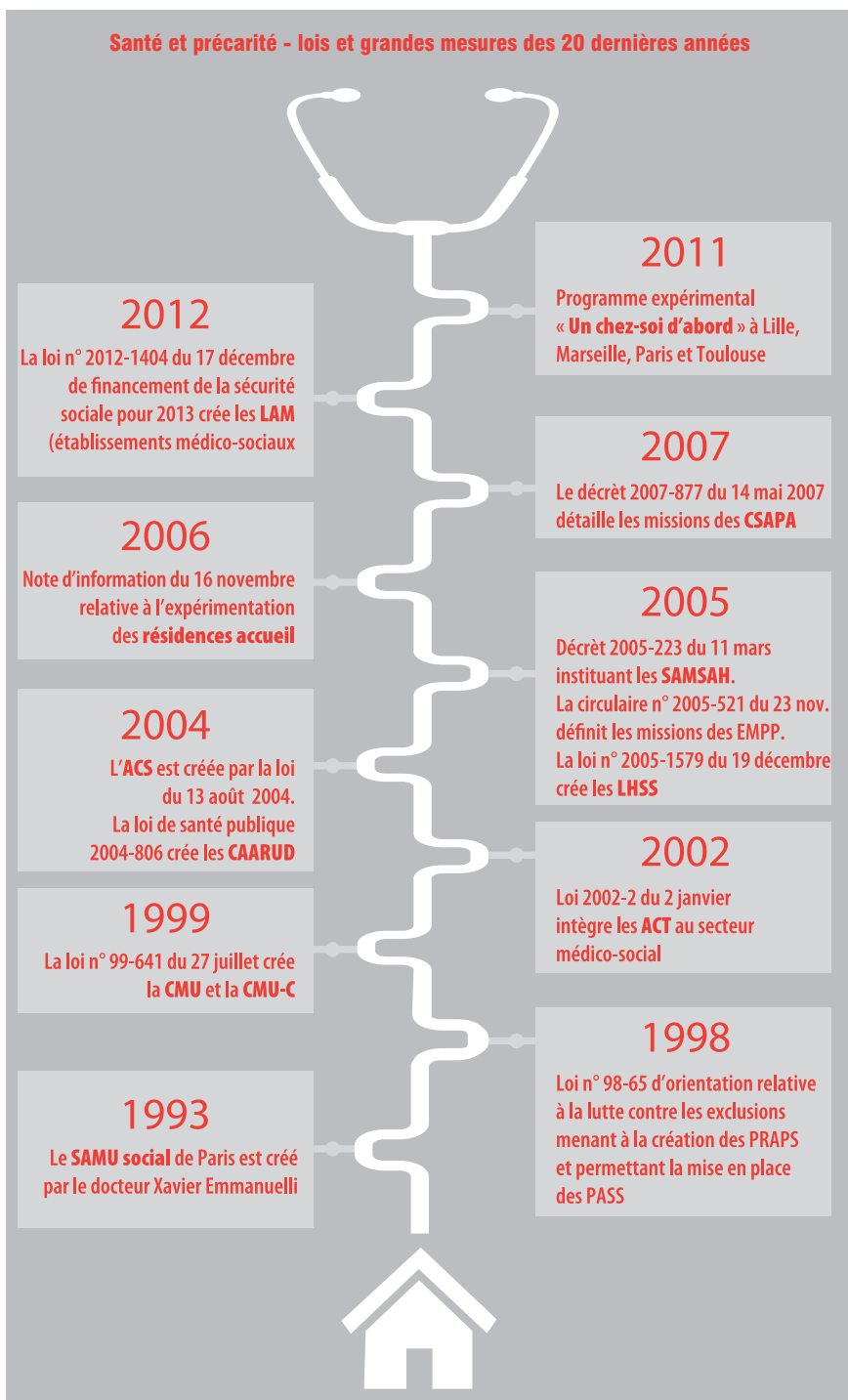
En parallèle à l'introduction d'une couverture maladie universelle, de nombreux dispositifs visant à mieux répondre aux problèmes de santé des personnes en précarité sont testés, puis – dans certains cas – généralisés. Certains de ces dispositifs proposent une nouvelle formule d'hébergement proposant une prise en charge médicale ou une coordination thérapeutique, soit pour des maladies chroniques (appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM)), ou pour des troubles psychiques (résidences accueil).

D'autres proposent d'aller vers les personnes à la rue (Samu social, équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (EMPP)) ou un accompagnement adapté à domicile (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)).

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et centres de coins, d'accompagnement et

a. Notamment au travers de la loi n° 59-912 du 31 juillet 1959 relative à l'équipement sanitaire et social et visant à unifier les secteurs.

Santé et précarité - lois et grandes mesures des 20 dernières années



Santé et précarité : principales prestations

NOM	PUBLIC CIBLE	DESRIPTIF
Couverture maladie universelle (CMU)	Personnes qui résident en France de manière stable et régulière et qui ne sont pas couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire.	La CMU permet à ces personnes, ainsi qu'à leurs ayants droit, d'être remboursés de leurs frais médicaux dans les mêmes conditions que les autres assurés sociaux. L'assurance maladie leur rembourse la part obligatoire des dépenses de santé sur la base des tarifs de la Sécurité sociale.
Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	Personnes qui ont de faibles ressources et qui résident en France de manière stable et régulière.	La CMU-C est une protection complémentaire santé gratuite. La CMU-C est accordée pour un an. Le renouvellement doit être demandé chaque année.
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	Personnes qui résident en France de manière stable et régulière et dont les ressources sont faibles mais supérieures à celles ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).	L'aide pour une complémentaire santé (ACS) est une aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle). Elle donne droit à un chèque santé et à une attestation de tiers-payant. Le chèque-santé, à remettre à l'organisme de protection complémentaire, permet de réduire le montant de la cotisation annuelle. L'ACS est accordée pour un an.
L'aide médicale de l'État (AME)	Personnes étrangères en situation irrégulière mais ayant une résidence stable et des ressources faibles. Les personnes à leur charge peuvent aussi en bénéficier.	L'AME donne droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. Les personnes n'ont pas à avancer de frais. Le renouvellement doit être demandé chaque année.

de prévention en addictologie (CSAPA) proposent des traitements pour les addictions et disposent souvent d'équipes ambulatoires pour aller vers les patients. Enfin, depuis 2011, le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » teste une nouvelle approche : un accès direct au logement avec un accompagnement pluridisciplinaire pour des personnes souffrant de troubles psychiques et ayant un long parcours de rue.

Pourquoi améliorer la prise en charge de la santé des personnes sans domicile

L'extension de la couverture maladie et l'élaboration de nombreux dispositifs ont considérablement renforcé la prise en charge des problématiques de san-

té des personnes sans domicile. Cependant, comme précisé ci-dessus, bon nombre d'entre elles restent en très mauvaise santé. Cette situation appelle une attention particulière des services déconcentrés de l'État et de leurs partenaires, au vu de trois grands enjeux :

- **L'égalité**

La plupart des personnes sans domicile en France sont des citoyens de plein droit. Cependant, leur situation (résidentielle, financière, sociale) engendre pour elles des inégalités sociales de santé. D'une part, ces personnes rencontrent des obstacles pour faire valoir leurs droits en matière de couverture médicale et de soins. D'autre part, elles ne disposent pas des conditions indispensables à la santé et, en particulier, d'un logement digne.

- **Coûts**

Les personnes sans domicile ont un recours important aux services hospitaliers et aux services d'urgences, engendrant des coûts très élevés pour l'Assurance maladie. Certains de ces coûts peuvent être évités, notamment en stabilisant leur situation résidentielle et en favorisant l'accès à la médecine de ville. Le programme expérimental Un chez-soi d'abord a ainsi réduit les coûts de la prise en charge médicale pour les bénéficiaires par rapport au « groupe témoin » de cette expérimentation¹⁵.

- **Efficiences**

D'une part, les acteurs de terrain constatent que la complexité de l'action publique en France et la multiplication des dispositifs ciblés rendent souvent difficile une prise en charge coordonnée des personnes sans domicile. D'autre part, certains agents des services déconcentrés de l'État soulignent une difficulté à coordonner localement l'action sanitaire et sociale de l'État depuis le lancement de la révision générale des politiques publiques (RGPP). En améliorant l'articulation entre les secteurs social et sanitaire, certains services de l'État peuvent ainsi améliorer la prise en charge de la santé des personnes sans domicile à moyen constant, tout en clarifiant le rôle des différents acteurs (dont celui des services de l'État).

L'innovation comme levier

L'innovation est le processus consistant à innover, c'est-à-dire à chercher à améliorer constamment l'existant. L'innovation sociale, souvent associée aux structures de l'économie sociale et solidaire, peut être définie comme l'élaboration « *de réponses nouvelles à des besoins sociaux mal ou peu satisfaits* »¹⁶. L'innovation publique transpose l'innovation dans les administrations pour transformer les services publics.

L'innovation peut prendre diverses formes. Le manuel d'Oslo définit quatre types d'innovations pour le secteur privé : les innovations de produit, de procédé, de commercialisation et d'organisation. L'Ansa s'est appuyée sur cette typologie afin de catégoriser les projets innovants recensés lors de notre étude :

- **des projets innovants**, tels qu'Un chez-soi d'abord ;
- **des processus innovants**, tels que la mise en place d'une fiche de suivi partagée, ou des commissions sur des cas complexes ;
- **des pratiques innovantes** (à l'intérieur d'une organisation), telles que la mise en place d'un chargé de mission logement dans un appartement de coordination thérapeutique ;
- **des partenariats innovants**, tels qu'une maraude commune Samu social – CAARUD.

L'innovation n'est pas toujours radicale. Certes, certaines des innovations repérées par l'Ansa représentent un changement de modèle par rapport à l'existant – Un chez-soi d'abord en est l'exemple phare. Toutefois, une partie importante des innovations consistent en des évolutions plus marginales permettant d'ajuster ou de mieux coordonner l'existant. Ces innovations peuvent tout de même faire évoluer l'offre du droit commun. En s'appuyant sur l'existant, elles permettent d'innover à moyen constant.

L'innovation comporte également des risques. Elle peut en effet générer la création de nouveaux projets qui viennent alors s'ajouter au « millefeuille » existant. Également, dans un contexte de contraintes budgétaires, les pouvoirs publics peinent à pérenniser ces projets innovants. Enfin, la multiplication d'innovations, sans évaluation ni capitalisation, constitue l'un des principaux écueils de l'innovation. Ce rapport intègre cette donnée en valorisant des innovations existantes se prêtant potentiellement à un essai.

Structure du rapport

Ce rapport est structuré selon les situations résidentielles des personnes sans domicile : le **chapitre 2** est consacré aux personnes à la rue, dont les personnes souffrant d'addictions ; le **chapitre 3** évoque les personnes mises à l'abri (notamment à l'hôtel) et aborde la situation des familles hébergées ; le **chapitre 4** traite des personnes sortant d'hôpital ; et le **chapitre 5** porte sur les personnes hébergées, en abordant le recours aux droits, la coordination thérapeutique et l'accès aux dispositifs médico-sociaux des personnes handicapées et vieillissantes.

Au sein de chacun de ces chapitres l'Ansa restitue :

- Les **constats** relatifs aux besoins des personnes sans domicile ;
- Les **dispositifs existants** élaborés à leur égard, et les limites de ceux-ci ;
- Les **pistes d'actions** pouvant être envisagées par les services déconcentrés de l'État ;
- Les **innovations**, certaines sous formes d'encadrés dans le corps du texte, d'autres sous forme de fiches détaillées présentées en annexe du rapport. *

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; entré en vigueur le 7 avril 1948.
2. La Charte d'Ottawa de 1986 précise ces conditions.
3. Stratégie nationale de santé – Feuille de route, septembre 2013.
4. Boissonnat A.-C., Identification des obstacles à la prise en charge des pathologies chroniques en milieu précaire, et des stratégies pour y remédier, Thèse de médecine, Faculté de Nancy, juin 2013, pp. 42-43.
5. N. Blanpain, Insee Première, n° 1372, 2011.
6. Lebrère A. *et al.*, L'hébergement des sans-domicile en 2012, Insee Première, juillet 2013, n° 1455.
7. Rochere (de la) B., La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide, Insee Première, avril 2003, n° 893.
8. *Ibid.*
9. Laporte A., Douay C., Detrez M.-A., Le Masson V., Le Méner E., Chauvin P., 2010, « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Observatoire du Samu social de Paris et INSERM (UPMC, UMRS-707).
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*
12. Définition de Fortin, Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, Université de Sherbrooke.
13. Document non publié transmis à l'Ansa par Delphine Aubert du Bureau Urgence Sociale de la DGCS en septembre 2015.
14. Wrezinski J., rapport sur la grande pauvreté et précarité économique et sociale, présentée le 28 février 1987 au Conseil économique et social (CES) ; Revol., Strohl., rapport du groupe du travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, ministère des Affaires Sociales, novembre 1987.
15. Ces coûts de soins évités vont générer des économies globales que l'étude coût/efficacité, qui sera publiée fin 2016, permettra de préciser.
16. www.avise.org/decouvrir/innovation-sociale

Aller vers, évaluer et orienter les personnes à la rue

Constats relatifs aux besoins des personnes

Environ 13 000 personnes – soit une personne sans domicile sur dix – sont sans-abri en France selon une étude récente de l’Insee¹. Les liens entre la vie à la rue et les problèmes de santé physique et mentale sont bien établis, se répercutant notamment sur l’espérance de vie.

Le rapport *La santé des personnes sans chez-soi* propose probablement la meilleure analyse de cette question, à partir des études existantes (notamment sociologiques) et d’auditions avec les personnes concernées². Trois aspects des conditions de vie des personnes sans-abri affectent particulièrement leur santé et leur capacité à se soigner :

- **L’occupation de l’espace public génère des conflits avec le reste de la population et entraîne :**
 - une perte de sommeil, qui pousse de nombreuses personnes à consommer de l’alcool comme somnifère. Cette consommation est, à son tour, un obstacle pour sortir de la rue puisqu’elle est interdite – ou du moins fortement contrainte – dans la plupart des centres d’hébergement.
 - **l’exposition aux intempéries**, non seulement le froid, mais également la chaleur qui « *tue régulièrement, autant voir plus que le froid, par déshydratation* » ;
 - **l’impossibilité d’avoir une hygiène standard et de s’occuper de soi**, en raison notamment de la carence de bains publics à des prix abordables et aux coûts des produits d’hygiène ;
 - un **manque d’intimité et l’exposition aux regards**, puisque « *vivre dans l’espace public... c’est ne plus avoir de moment seul avec soi, à l’abri des regards* ». Le rapport note aussi les difficultés à avoir des rapports sexuels et une vie affective.
- **Un temps passé à survivre à la fois plus lent et trop rapide.** Le rapport constate que « *le mode de vie des personnes [...] ne leur permet pas de surmonter, seules, la complexité des règles à suivre pour les différents systèmes d’aides (CMU, RSAI, AAH, FSL [...], etc.)* ». Par conséquent les personnes sans domicile passent souvent leurs temps à attendre pour obtenir leurs droits élémentaires. De plus, l’abus de

substances psycho-actives permet de modifier le temps et ainsi tuer l'ennui. Autres fonctions de l'abus de l'alcool : « rendre le quotidien plus agréable [...] il diminue la honte de faire la manche [...] et a] une vertu festive et occupationnelle [...]. Une autre utilisation relève de l'automédication ». La consommation d'autres substances psycho-actives se mélange souvent à l'alcool, ayant des effets puissants sur la perception du temps.

- **Une insécurité chronique** qui va « du regard paternaliste et supérieur du passant, aux remarques blessantes du citoyen lambda, en passant par l'agression physique, le viol, les vols [...] ». Les personnes sans-abri ont 3 à 140 fois plus de chance d'être **victimes d'agressions** que la population générale³. Ces personnes sont d'autant plus exposées qu'elles présentent des troubles psychiatriques. Par exemple, selon l'enquête Samenta réalisée en 2009, 31 % des personnes psychotiques ont été victimes de vol, 49 % de menaces verbales, et 10 fois plus souvent de viols que la moyenne⁴. La violence prend également d'autres formes. Par exemple, les femmes sont victimes **d'agressions sexuelles** dans des pourcentages très élevés. De plus, « des études étrangères observent chez les personnes à la rue de fortes prévalences pour les idées suicidaires (66,2 %) et les **tentatives de suicide** (jusqu'à 51,3 % au cours de la vie) ». Enfin, les **vols** sont également très fréquents chez les personnes sans-abri.

Les effets néfastes du sans-abrisme sur la santé sont donc connus. De plus, comme ce rapport le souligne, les services publics peinent à s'adapter aux conditions de vie des personnes sans-abri, compliquant ainsi leur recours aux droits et aux soins.

Dispositifs existants

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 a institué un **dispositif de veille sociale** : « ce dispositif a pour missions : 1° d'évaluer l'urgence de la situation de la personne ou de la famille en difficulté ; 2° de proposer une réponse immédiate (...) ; 3° de tenir à jour l'état des différentes disponibilités dans le département (...) »⁵. En 2005, un « référentiel national de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion » définit le périmètre de ce dispositif. Au niveau opérationnel, la veille sociale inclut les services concourant, entre autres missions, au premier accueil : les équipes mobiles, les services d'accueil et d'orientation (SAO), les services d'écoute téléphonique du 115 et les accueils de jour.

Les **équipes mobiles** - dites parfois équipes mobiles d'aide ou d'intervention – sont souvent au cœur du dispositif de veille sociale. L'enquête la plus complète date de 2005 et a recensé la présence d'équipes mobiles (avec du personnel salarié ou reposant uniquement sur des bénévoles) dans 80 départements⁶. Au total il existait 139 équipes mobiles avec 301 équivalents temps plein (ETP) salariés. Selon ce référentiel, la mission des équipes mobiles est d'« *aller vers les personnes les plus désocialisées qui n'ont plus ou pas le désir et la capacité de demander de l'aide, quel que soit le lieu où elles sont* ». Au cours des tournées qu'elles effectuent, de jour comme de nuit, leur rôle consiste à évaluer les dangers encourus par les personnes rencontrées dans la rue, à leur proposer des services et à les mettre en relation avec des opérateurs pouvant répondre à leurs besoins – mise à l'abri, soins primaires, accompagnement pour l'accès aux droits et aux soins et orientation. Articulées avec les pompiers, la police, le 15 et le 115, elles peuvent aussi mobiliser les professionnels de l'urgence hospitalière. Un rapport de l'Inspection générale des affaires (IGAS)⁷ souligne certaines **limites des équipes mobiles** en Île-de-France. Ses enseignements peuvent intéresser d'autres territoires: il évoque la « **très grande diversité des modes de fonctionnement** », la **couverture géographique incomplète et le manque de sectorisation des différentes équipes mobiles**. Ces équipes **peinent souvent à accompagner les personnes vers une solution durable**, du fait à la fois de leurs modalités d'organisation, de l'errance des personnes et du manque de solutions d'hébergement ou de logement.

Les **services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)** visent à assurer le meilleur traitement possible des demandes d'hébergement et de logement formulées par les personnes et familles sans domicile ou éprouvant des difficultés particulières pour accéder par leurs propres moyens à un logement décent et indépendant. Ils opèrent comme des plateformes uniques afin de favoriser la transition de l'urgence vers l'insertion et le logement ordinaire. Le SIAO, créé par la circulaire du 8 avril 2010, a été consolidé dans ses principes et ses missions par la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (Alur). Afin de favoriser l'accès au logement et la fluidité des parcours de l'hébergement vers le logement, la loi prévoit qu'une convention est passée entre le représentant de l'État dans le département et un opérateur unique chargé d'assurer, à l'échelon départemental, un SIAO compétent à la fois dans les domaines de l'urgence, de l'insertion et du logement adapté⁸. La loi exige par ailleurs la création d'un SIAO unique par département, couvrant à la fois les demandes d'hébergement d'urgence et d'insertion et gérant également le 115. Les SIAO « *veillent à la réalisation d'une **évaluation sociale, médicale et psychique** des personnes ou familles [...] ; [ils traitent] équitablement leurs demandes et [leur font]*

des propositions d'orientation adaptées à leurs besoins »⁹. Cependant, de nombreux SIAO peinent à assurer le volet sanitaire de leur mission. Trois raisons semblent expliquer cette difficulté :

- **De nombreux SIAO ne sont pas équipés pour effectuer une évaluation médicale ou psychique.** D'une part, leurs équipes comptent rarement des professionnels de la santé (infirmiers, psychiatre, etc.) en mesure d'effectuer ces évaluations. D'autre part, l'accueil téléphonique proposé par bon nombre des SIAO/115 rend difficile la réalisation d'une telle évaluation.
- **Une méconnaissance mutuelle du SIAO et des acteurs de la santé.** En effet, selon une enquête réalisée par l'Ansa auprès des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) en 2013, les acteurs de santé (ARS, délégation territoriale des ARS et établissements de santé) ne connaissent pas suffisamment le rôle et les missions du SIAO^a. De plus, selon un rapport de 2013, « *les contacts sont encore peu formalisés entre les SIAO et les acteurs de la santé, pour organiser les sorties d'hôpital ou organiser les prises en charge adaptées relevant du médico-social, du sanitaire et de la psychiatrie* »¹⁰.
- **Les SIAO et 115 peinent à proposer des solutions durables d'hébergement et de logement, une condition préalable à l'accès aux soins et au rétablissement de la santé des personnes.** Premièrement, une majorité de personnes ayant sollicité le 115 (67 % en 2014) n'a jamais été hébergée. Deuxièmement, pour la minorité de personnes bénéficiant d'une proposition d'hébergement, il s'agit essentiellement de places d'hébergement d'urgence (46 %), à l'hôtel (36 %) ou d'hébergement d'urgence hivernal (12 %). Les SIAO peinent donc à faire accéder les personnes hébergées au logement ordinaire^b.

Les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) touchent les personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique¹¹. Leurs deux missions principales sont d'aller au contact des personnes concernées et d'apporter un soutien aux équipes médico-sociales de première ligne. Elles ont connu un véritable essor à partir de 2005 pour atteindre 110 EMPP en 2011, réparties

a. Réponses à la question « Parmi les acteurs ci-dessous, quels sont ceux qui ne connaissent pas suffisamment le rôle et les missions du SIAO ? ». Résultats présentés lors d'une journée de restitution 13 février 2014.

b. 32 DDCS ont répondu « Non » à la question « Le recours aux différents contingents (contingent préfectoral et autres contingents) permet-il d'assurer la fluidité des parcours pour l'accès au logement des personnes sortant d'hébergement ou les personnes sortant d'institutions identifiées par le SIAO ? ». Résultats présentés lors d'une journée de restitution 13 février 2014.

dans toutes les régions françaises, et déployées davantage dans les régions les plus concernées par la précarité. En 2011, ces équipes étaient composées de 200 professionnels, principalement infirmiers, psychiatres et psychologues et, dans une moindre mesure, assistants sociaux¹². Les EMPP ont considérablement amélioré le travail d'aller vers dans la psychiatrie en France. Cependant elles sont confrontées aujourd'hui à **plusieurs enjeux et limites** :

- le **manque de moyens humains**¹³, puisque le cadre d'intervention est très large et les besoins importants pour des équipes de (en moyenne) 3,5 équivalents temps plein (ETP)¹⁴ ;
- la difficulté à **travailler avec la psychiatrie** : une majorité des professionnels des centres médico-psychologiques (CMP) refuse de se déplacer dans la rue ; il est également difficile d'hospitaliser des personnes en psychiatrie et d'obtenir des rendez-vous dans les CMP autres que leur CMP de rattachement¹⁵ ;
- « **la prise en charge somatique des personnes sans chez-soi présentant des troubles psychiatriques sévères [...] : les professionnels du somatique et de la psychiatrie ont souvent tendance à se renvoyer la balle** »¹⁶ ;
- la difficulté à « **trouver des places d'hébergement ou de logement pour les personnes sans abri les plus malades** »¹⁷.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) reçoivent les usagers de drogues qui ne souhaitent pas nécessairement arrêter leur consommation mais dont les modes de consommation (ou les drogues consommées) les exposent à des risques majeurs (contamination d'hépatites, du VIH, d'infections). Ces centres portent une attention particulière aux usagers les plus précarisés et marginalisés. En effet la précarité du public des CAARUD apparaît clairement dans leurs rapports d'activité : en 2010 près de la moitié des usagers vivait dans un logement provisoire ou n'avait pas de domicile fixe¹⁸. L'équipe pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, infirmiers, médecins, psychologues parfois, etc.) accompagne la personne dans une approche de réduction des risques, proposant de l'information, des groupes de parole, du matériel stérile (seringues, pipes à crack, pailles, préservatifs, etc.). La majorité des CAARUD proposent des accueils de jour et **certain disposent d'unités mobiles leur permettant d'aller vers les usagers sur leur lieu de vie**. Les CAARUD présentent plusieurs intérêts pour les personnes sans-abri. Leur seuil d'exigence relativement bas permet à un public souvent très marginalisé de pouvoir enfin rencontrer des professionnels. Ils agissent souvent comme une passerelle avec le système de soin classique.

Depuis 2007, les centres de soins aux toxicomanes (CSST) et centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont fusionné pour devenir des **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**. Les 419 CSAPA en ambulatoire recensés en 2010 ont pour 60 % d'entre eux un statut associatif et sont à 40 % gérés par une entité publique hospitalière, sauf exception. Leur objet principal est l'intervention précoce dans une optique de réduction de risques. Ils proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés). Grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent, la personne bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Ces centres proposent différents types d'approches : individuelles (éducatives, sociales, psychothérapeutiques, etc.), collectives (groupes de parole par exemple) et familiales. Il existe des CSAPA sans hébergement et des CSAPA résidentiels.

Malgré le travail de prévention des CAARUD et CSAPA, relativement peu de personnes sans domicile reçoivent des soins pour leurs problèmes d'addiction, ce qui suggère une difficulté à accéder aux traitements. Les barrières identifiées sont la « *stigmatisation des soignants, [la] méfiance des services, [les] problèmes d'accessibilité géographique, [le] manque d'argent, [l'] appartenance ethnique* »¹⁹. Les personnes interrogées dans le cadre de ce rapport ont identifié **quatre principales barrières structurelles au recours à ces services par les personnes sans domicile** :

- Le terme de « prévention » figure dans l'acronyme « CSAPA » et ces centres *peuvent* mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs²⁰. Cependant, la prévention n'est pas considérée par la réglementation comme une mission obligatoire et **de nombreux des CSAPA n'ont pas d'action « d'aller vers » les publics précaires.**
- **Ces centres ne travaillent pas systématiquement en collaboration avec les acteurs de la veille sociale** – Samu social, maraudes, équipes mobiles. Ainsi, sur certains territoires ces derniers peuvent se sentir démunis face aux problématiques d'addiction des personnes sans domicile fixe qu'ils rencontrent.
- **Le traitement de l'alcoolodépendance** – orienté souvent vers le sevrage et les cures – **est souvent inadapté aux personnes sans domicile fixe.** En effet, « *l'intolérance à une consommation de substances psycho-actives (alcool compris), reste une source de conflits et de ruptures de suivi majeure pendant les hospitalisations* »²¹. Les approches par la réduction de risques sont, à ce stade, peu développées dans le

secteur de l'alcoologie, rendant difficile un accompagnement des personnes dans la réduction de leurs consommations.

- En 2010, un peu plus de la moitié des 419 CSAPA était spécialisée dans l'addiction à l'alcool, **rendant plus difficile l'accueil d'un public sans domicile souvent poly-consommateur.**

Pistes d'action et innovations

Améliorer l'évaluation de la santé par les SIAO

De nombreux SIAO peinent à évaluer les problèmes de santé des personnes sans domicile fixe et à les inscrire dans un parcours de soins. Les SIAO ont élaboré différentes réponses à cet enjeu, parmi lesquelles :

- **Se doter d'un référent santé au sein du SIAO**, qui évalue et/ou forme ses collègues dans l'évaluation des besoins sanitaires. Dans certains cas, le SIAO désigne un travailleur social qui se spécialise sur les questions de santé (exemple du SIAO 93). Dans d'autres, il s'agit d'un professionnel de santé qui est intégré dans le SIAO. Par exemple, le SIAO de Béthune dans le Pas-de-Calais dispose d'une infirmière à temps partiel, notamment pour assurer l'évaluation de la santé des personnes effectuant une demande d'hébergement.
- **Convenir de réunions d'échanges entre professionnels des secteurs social et sanitaire**, afin de faciliter l'émergence d'une culture commune. Ces échanges semblent favoriser la coordination entre ces professionnels et, à terme, résoudre de façon plus fluide des situations nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs (elles ont une fonction « doctrinaire »). Par exemple, le SIAO de Seine-Saint-Denis anime un échange entre professionnels pour croiser des regards autour des situations complexes : la commission technique d'urgence.

E1 ➤ COMMISSION TECHNIQUE D'URGENCE DU SIAO DE SEINE-SAINT-DENIS^c

Le porteur du projet

Interlogement 93, avec une présence régulière d'une EMPP : La Boussole.

Les objectifs

Quelques situations complexes de personnes sans domicile ou en structure d'hébergement d'urgence sont présentées par des professionnels. Après discussion, un avis est émis sur l'accompagnement global à déployer et sur l'orientation de la personne en structure d'hébergement. Les partenaires sont identifiés afin de prendre le relais lorsque la personne sera orientée et accompagnée. La commission assure également un suivi des situations qui ont été présentées. Il s'agit donc non seulement de coordonner les actions et l'accompagnement autour des personnes, mais également de mieux connaître les contraintes de chacun et d'impulser un rapprochement entre les acteurs du territoire.

Les modalités

La CTU se réunit tous les vendredis matin afin d'échanger sur ces situations pour lesquelles le SIAO a besoin du regard des acteurs du soin (au sens large) pour proposer un accompagnement adéquat, prenant en compte la situation de la personne. En 2014, 181 situations ont été présentées. 20 % des intervenants présents en CTU sont des « ressortissants » de la santé (secteur sanitaire ou médico-social). 60 % des situations présentent des problématiques de santé.

Les résultats

« À travers l'analyse de situations, on rapproche les acteurs, cela permet de dépasser nos frontières professionnelles et de devenir plus efficaces. On dépasse l'entrée par pathologie, on fait une évaluation globale et une orientation plus adaptée qui conjuguent les interventions réciproques. Ces réunions ont permis à l'EMPP [la Boussole] d'organiser l'évaluation du besoin de soin psychiatrique ou le relais vers un dispositif de soin. » Éric Lemerrier, chargé de mission santé et urgence sociale au SIAO 93.

Assurer un « aller vers » mieux coordonné

De nombreux acteurs de terrain ont constaté la multiplication des équipes mobiles d'intervention depuis une dizaine d'années – EMPP, équipes mobiles précarité-santé, Samu social, PASS Mobiles, allers vers des CAA-RUD. Lorsqu'elles sont présentes sur un même territoire, ces équipes peuvent


c. Source : Entretien physique du 30 octobre 2015 avec Eric Lemerrier (Chargé de mission santé et urgence sociale), et Pauline Geindreau (Chargée de mission périnatalité) du SIAO 93 au sein de l'association Interlogement 93.

être amenées à intervenir auprès des mêmes personnes. En effet, le rapport *La santé des personnes sans chez-soi* souligne que la « *coordination, [la] clarification des attributions de chaque équipe, [la] complémentarité sont nécessaires afin de ne pas empiler les dispositifs* »²². De même, ce rapport préconise que « *cette fonction d'aller vers [se fasse] dans un cadre pluridisciplinaire, à la fois sanitaire et social* ».

Afin d'assurer un travail d'aller vers plus coordonné plusieurs initiatives ont émergé au cours des dernières années, dont :

- la création d'équipe mobile qui aborde la santé dans sa globalité – sur les plans somatique, psychiatrique et psychique (Fiche 1, page 77);
- le rapprochement d'équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) avec les acteurs de la veille sociale (Encadré 2, page 29);
- la mise en place de maraudes communes entre les équipes mobiles sanitaires et le Samu social (Encadré 3, page 31).

L'équipe mobile de santé globale à Montpellier

« Il s'agit d'une présence médicale et paramédicale sur une dizaine de sites des opérateurs de Montpellier participant à la veille sociale, la possibilité pour toute personne en difficulté de santé, à la rue ou hébergée temporairement, de rencontrer l'équipe mobile des infirmiers de santé globale pour un soutien et un accompagnement ciblé de leur demande de soins et une aide relationnelle et psychologique.²³ »  (Fiche 1-projet détaillée page 77)

E2 ➤ UN PARTENARIAT FORT ENTRE ACTEURS DE L'ACCUEIL/HÉBERGEMENT/INSERTION (AHI) ET L'EMPP LA BOUSSOLE EN SEINE-SAINT-DENIS^D

Le porteur du projet

L'équipe mobile psychiatrie-précarité La Boussole a été créée en 2010. Rattachée à l'établissement public de santé Ville-Evrard, elle intervient sur 8 communes du sud du département de Seine-Saint-Denis, correspondant à 4 secteurs de psychiatrie adulte. Sa mission est centrée sur la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, dans l'optique d'une intégration au droit commun, en incluant une action tournée vers les acteurs sociaux de première ligne. Son personnel se compose de 2,5 ETP, soit : un poste de psychiatre praticien hospitalier, un poste infirmier à temps plein, un poste de psychologue à mi-temps. Son action porte sur deux volets : la rencontre des patients et leur suivi (58 patients en file active en 2014) et des actions tournées vers les acteurs sociaux de première ligne.

d. Entretien téléphonique le 27 novembre 2015 avec Dr Sandrine Bonnel de l'EMPP de la Boussole.

Les objectifs

Attentive à sa mission d'interface entre les acteurs des champs sanitaire et social, La Boussole aspire à un rapprochement des cultures professionnelles par la connaissance réciproque des contraintes et des pratiques des différents acteurs.

Les modalités

La Boussole rencontre par exemple une fois par mois l'ensemble de l'équipe du Samu social du département, et participe chaque semaine à la commission technique d'urgence – une instance d'échange autour des cas complexes animée par le SIAO 93 (Encadré 1, page 28), dans le respect des champs de confidentialités propres à chacune de leurs missions.

Les résultats

« Ces deux instances permettent de discuter des situations individuelles, soit en effectuant des signalements à l'EMPP en vue d'une évaluation ou d'une orientation, soit en échangeant autour des situations déjà connues et accompagnées. Ce sont des lieux de formation pour aider à orienter vers le dispositif AHI. C'est utile, entre autres, pour l'accompagnement des sortants d'hôpital psychiatrique. Ces instances ont donné de la visibilité à l'EMPP auprès des acteurs de l'AHI. » Docteur Sandrine Bonnel.

Améliorer l'aller vers et l'accompagnement des personnes ayant des addictions

L'addiction touche une partie importante des personnes sans domicile fixe²⁴ et constitue alors souvent un frein à l'accès et au maintien dans le logement, ainsi qu'à la poursuite d'autres soins. Cependant, trop peu de personnes sans domicile bénéficient de traitements adaptés. En réponse à cela, les acteurs de terrain ont élaboré plusieurs approches pour favoriser une meilleure prise en charge, ou du moins une prise en compte, des addictions :

- **renforcer le travail d'aller vers des CAARUD et CSAPA**, par exemple par la réalisation de maraudes conjointes du Samu social et du CAARUD (Encadré 3 page 31) ou le renforcement du travail d'aller vers des CAARUD et CSAPA (Encadré 4 page 31) ;
- **accompagner les personnes sans domiciles alcoolodépendantes dans une approche de réduction de risques**, approche promue par le service Marcel Olivier ouvert par l'association Aux Captifs la Libération à Paris (Encadré 5 page 32).

E3 ➤ UNE MARAUDE COMMUNE SAMU SOCIAL – CAARUD à ANGERS**Le porteur du projet**

L'équipe du Samu social est composée de travailleurs sociaux et d'infirmiers en psychiatrie détachés de l'EMPP du Centre hospitalier spécialisé d'Angers (soit 6 personnes au total). Le CAARUD La Boutik, ouvert depuis 2006 [...] est ouvert deux après-midi par semaine et propose des temps individualisés dans et hors les murs. L'équipe, composée d'un infirmier et de deux travailleurs sociaux, intervient également à mi-temps sur le CSAPA angevin. On peut consulter le site www.alia49.fr pour plus d'informations.

Les objectifs

Les intentions de ce partenariat ont donc été d'approfondir les connaissances autour des pratiques de consommation pour faciliter les échanges avec les personnes rencontrées mais aussi de pouvoir les orienter vers les professionnels du CAARUD.

Les modalités

Les maraudes communes ont été expérimentées à la fin de l'année 2007. [...] Le partenariat prend la forme suivante : un intervenant du CAARUD est présent deux soirées par mois (un mardi sur deux) lors des maraudes du Samu social. Deux professionnels alternent : un infirmier et un travailleur social.

Les résultats

Cette expérience apporte de nouvelles compétences à chacune des équipes et facilite ainsi les collaborations et les orientations grâce à une meilleure connaissance des dispositifs et outils de chacun [...]. Pour les usagers, cette maraude commune permet d'aborder la pratique de consommation en dehors d'un lieu de soin et facilite l'orientation vers les structures spécialisées.

Source

Extrait du guide *Addictions et lutte contre les exclusions - travailler ensemble* publié en 2015 par la FNARS et la Fédération Addiction^e.

E4 ➤ ALLER VERS LES JEUNES EN ERRANCE, DE CEID-ADDICTIONS à BORDEAUX^f

Le comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions, CEID-Addictions, est une association fondée en 1972 à Bordeaux. Elle a pour but principal d'accueillir et de prendre en charge les personnes présentant des problèmes liés à des usages de substances (drogues, alcool...) ou à d'autres pratiques addictives (jeux par exemple).

e. www.fnars.org

f. CEID-ADDICTIONS, Synthèse des activités 2014 ; Creyemey, Agnès Et Morales, Jean-Hugues, Les jeunes filles, les jeunes femmes et la rue, VST - Vie sociale et traitements, n° 112, 2011, p. 8-16.

L'association regroupe plusieurs types de structures (CSAPA et antennes, CAARUD, CSAPA résidentiel, consultations jeunes consommateurs, maison du parent, chantier d'insertion, une communauté thérapeutique).

Un pôle du CEID est dédié à l'accompagnement des jeunes en errance souffrant d'addictions. « L'aller vers est la colonne vertébrale du service » explique Jean-Hugues Morales du CEID^g. Le pôle effectue tout au long de l'année un travail de terrain pour aller à la rencontre de ces publics là où ils se trouvent : espace public, squats, festivals.

« Ça prend du temps d'apprivoiser ce public, souvent la personne n'accepte pas d'être accompagnée. Ce n'est pas la même chose qu'une personne qui s'adresse à un service public, car dans l'aller vers on approche une personne qui n'a pas nécessairement encore identifié le problème pour lequel on l'aborde ».

Après ces premières étapes de liaison l'équipe propose plusieurs leviers, dont des soins (CAARUD), une place en hébergement adapté (PRODOMO), et des heures de travail dans le programme « Travail alternatif payé à la journée » (TAPAJ) qui sont accessibles sans qualification préalable et rétribuées le jour même.

Ces dispositifs innovants sont en partie nés du travail d'aller vers, qui a permis à l'association de mieux comprendre les besoins et souhaits des jeunes, et a pu construire avec eux des réponses adaptées.

E5 ➤ LE SERVICE MARCEL OLIVIER D'AUX CAPTIFS LA LIBÉRATION À PARIS

Le porteur du projet

Le service Marcel Olivier a été mis en place au sein de l'association Aux Captifs la libération depuis janvier 2012 à Paris.

Les objectifs

Accompagner les personnes alcoolodépendantes de la rue vers les soins (sevrage et postcure ou réduction des risques liés à leurs consommations) et l'hébergement.

Les modalités

L'accompagnement vers les soins des personnes à la rue alcoolodépendantes est au cœur du service. Une travailleuse sociale alcoologue rencontre les personnes sans domicile fixe et alcoolodépendantes au sein des accueils de jour de l'association et élabore avec elles un projet d'accompagnement.

Initialement, la travailleuse sociale privilégiait un accompagnement vers un séjour de sevrage à l'hôpital Bichat. Cependant, une partie importante de personnes sortant des séjours de sevrage ont souffert de ré-alcoolisation.

g. Source : Entretien téléphonique le 27 octobre 2015 avec Jean-Hugues Morales, Sociologue et Coordinateur TAPAJ à l'association CEID.

« Parfois les rechutes étaient si brutales qu'il nous semblait que cette approche pourrait avoir des effets délétères. Cela nous a interrogés sur le recours systématique aux sevrages » a précisé Bérénice Billot, travailleuse sociale de l'équipe .

Depuis début 2015, les Captifs ont donc adapté leurs modalités d'accompagnement. La travailleuse sociale accompagne désormais vers l'abstinence mais propose aussi un accompagnement *dans* l'alcool et la réduction des risques liés aux consommations. Le service suit donc une approche de réduction des risques, actuellement peu développée dans le traitement des personnes alcoolodépendantes en France.

En plus de cet accompagnement, le service comporte trois autres volets: la sensibilisation des salariés et bénévoles à l'alcoolodépendance, la constitution d'un réseau de bénévoles relais dans les antennes et des séjours de rupture lors desquels les personnes expérimentent, pendant une semaine, la vie sans alcool ou avec une consommation réduite.

Par ailleurs, soucieux d'adapter le service aux personnes cumulant addictions à l'alcool et aux drogues, Aux Captifs envisage de lancer prochainement une expérimentation relative aux personnes poly-addictes.

Enfin, l'association ouvre en janvier 2016 l'espace Marcel Olivier destiné à des personnes ayant un passé de rue et bénéficiant d'un accompagnement lié à leurs dépendances sur le modèle des Groupes d'Entraide Mutuel.

Les résultats

Entre 20 et 30 personnes sont accompagnées chaque année.

Réduire les ruptures de soin par un accès direct à un logement selon l'approche « Un chez-soi d'abord »

Le 8 janvier 2010, le docteur Vincent Girard, psychiatre de rue à Marseille, le docteur Pascale Estecahandy et le docteur Pierre Chauvin ont remis à Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la Santé et des Sports, et Benoist Apparu, alors secrétaire d'État chargé du Logement et de l'Urbanisme, un rapport sur la santé et l'accès aux soins des personnes « sans chez-soi »²⁵.

Ce rapport observe qu'en France, près de 30 % des 100 000 personnes vivant durablement à la rue souffrent de troubles psychiques graves, tels que la schizophrénie, et vont mourir 30 à 35 ans plus tôt que la population générale du fait d'un manque de soins et de conditions de vie violentes²⁶.

Ce rapport préconise d'expérimenter « Un chez-soi d'abord » (ou « Housing first » en anglais) en France. Ce modèle innovant part du constat que « ce n'est pas seulement d'un toit dont ont besoin les personnes pour se rétablir et

aller mieux, mais d'un « chez-soi », intégré dans la cité, qui procure intimité, sécurité et stabilité... bref, un véritable logement comme tout un chacun, et pas seulement un hébergement ou un abri »²⁷. En effet, comme précisé ci-dessus, le logement est une condition indispensable à la santé.

Déjà expérimenté aux États-Unis depuis les années 1990 et au Canada plus récemment, le modèle « Un chez-soi d'abord » a obtenu des résultats concluants: 80 % des personnes se maintiennent dans leur logement après 4 ans, leur qualité de vie et leur santé s'améliorent et des économies sont réalisées par la collectivité.

Faisant suite à ce rapport, le gouvernement a retenu la proposition d'expérimenter ce modèle en France, menant au lancement du programme « **Un chez-soi d'abord** » en 2011 (Fiche 2, p. 81). En parallèle de cette expérimentation, plusieurs projets de ce type ont été lancés en France, dont le service Totem de l'association Relais Ozanam à Grenoble²⁸, et le projet **Oikeo à Bordeaux** (Fiche 3, page 88). Cette approche « Un chez-soi d'abord » a également été adaptée auprès du public sans domicile fixe et alcoolodépendant dans le cadre du projet de **CHRS hors les murs** de l'association **Visa 59**, dans le Nord (Encadré 6, page 35). *

Un chez-soi d'abord à Lille, Marseille, Paris, et Toulouse

Il s'agit d'un programme national mis en œuvre sur 4 sites (Paris, Lille, Marseille, Toulouse). Sur chaque site, l'objectif était que 100 personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques sévères (notamment psychose, bipolarité) soient accompagnées et orientées, si elles le souhaitent, directement vers un logement ordinaire. L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » comporte une importante partie « évaluation et recherche » qui a permis de montrer l'utilité du programme pour les personnes concernées et la dimension coût/efficacité pour les institutions sanitaires et sociales par rapport aux modes de prise en charge classiques. 📖 (Fiche 2-projet détaillée page 81)

Oikeo à Bordeaux

Oikeo repose sur un principe d'accès direct au logement autonome des personnes sans domicile, sans passage obligatoire par l'hébergement, ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances. L'objectif est de laisser se développer la capacité à désirer et à entreprendre. Il s'inscrit ainsi dans les approches de rétablissement et d'empowerment. Le projet est géré par le dispositif AS AIS (Association d'Aide à l'Insertion Sociale) de l'association ARI. 📖 (Fiche 3-projet détaillée page 88)

E6 ➤ CHRS Hors Les Murs de l'Association VISA dans le Nord^h**Le porteur du projet**

L'association VISA accueille, héberge et accompagne, dans le département du Nord, des personnes en situation de grande précarité présentant une problématique addictive, avec l'alcool en produit principal. L'association gère 4 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à orientation addictologique, un CHRS Hors Les Murs, un centre d'hébergement d'urgence, un service mobile d'accompagnement en addictologie, un atelier chantier d'insertion, des lits halte soins santé et 3 pensions de famille.

La genèse du projet

En partenariat avec la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Nord, l'association a redéployé 33 places d'un CHRS résidentiel à Tourcoing en mesure d'accompagnement dans le logement, dans le cadre d'un projet expérimental de CHRS Hors Les Murs.

Les objectifs

L'objectif principal du CHRS Hors Les Murs est de permettre l'accès à un logement pérenne à des personnes en situation de précarité et présentant une problématique addictive et de leur proposer un accompagnement renforcé, adapté dans sa nature et dans sa durée à leurs difficultés et à leurs besoins. Il s'agit également de permettre à la personne de se maintenir en logement autonome, dans les conditions les plus satisfaisantes pour elle.

Les modalités

Les logements sont attribués aux bénéficiaires du projet par 3 bailleurs sociaux (Vilogia, Partenord Habitat et LMH) avec lesquels une convention tripartite (association VISA, État, bailleur social) a été signée, pour l'attribution de 10 logements chacun.

L'usager est locataire en bail direct de son logement. L'association met en place avec la personne un accompagnement adapté à sa situation et à ses besoins.

L'accompagnement proposé comporte 3 volets principaux :

- le logement (installation dans le logement, appropriation, maintien, gestion, repérage de l'environnement et appropriation du quartier...);
- l'accompagnement social (accès aux droits, aide dans les démarches administratives, la gestion du budget, la citoyenneté, l'insertion professionnelle...);
- l'addictologie.

La pluridisciplinarité de l'équipe éducative (assistant de service social, conseillère

h. Entretien téléphonique le 20 novembre 2015 avec Marie-Laure Leblanc, Responsable de projet – CHRS Hors les Murs, Visa 59.

en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés, moniteur éducateur) permet un accompagnement de qualité. Le personnel dispose d'une expérience significative dans l'accompagnement des publics en situation de précarité et est formé en addictologie. La présence d'un médecin (0.15 ETP) dans le projet favorise l'orientation vers les dispositifs sanitaires de droit commun.

Le projet s'inscrit dans une approche de réduction des risques, approche qui correspond, selon l'association, à l'évolution d'une partie du public accueilli dans les CHRS. « *Avant, les personnes arrivaient avec l'objectif d'être abstinent toute leur vie. Aujourd'hui, on a des personnes pour lesquelles l'abstinence n'est pas considérée comme un moyen d'aller mieux* » précise Marie-Laure Leblanc de VISA 59.

Les résultats

Une évaluation du projet est attendue en 2016. Les premiers constats de l'équipe sont encourageants. On note des effets plutôt positifs, notamment en termes d'accès et de maintien dans le logement. Les premiers bénéficiaires du projet ont accédé à leur logement début 2014. En octobre 2015 l'équipe accompagne 40 usagers dans leur logement. Seules 4 personnes sont sorties du dispositif de manière prématurée. 30 % des usagers n'ont plus de consommation problématique, les autres ont un objectif de diminution de consommation et de gestion de consommation ou ont des consommations problématiques. Ce constat est cohérent avec l'approche de la réduction des risques, qui se centre sur les objectifs de la personne et son comportement face au(x) produit(s) pour rechercher une diminution des risques liés aux consommations.

1. Lebrère A. *et al.*, L'hébergement des sans-domicile en 2012, Insee Première, juillet 2013, n° 1455.
2. Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., *La santé des personnes sans chez soi*, novembre 2009.
3. Maniglio R., Severe mental illness and criminal victimization : a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 180-91.
4. Laporte A., Douay C., Detrez M.-A., Chauvin P., *Premiers résultats de l'enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne*. Paris, Observatoire du Samusocial, 2009.
5. Article L.345-2 du code de l'action sociale et des familles.
6. Direction Générale de l'Action Sociale, 2007, *Enquête Veille Sociale*.
7. Blanchard P., Guillermo V., Paul S., *Rapport relatif à l'organisation de la veille sociale en Île-de-France*, Inspection générale des affaires sociales, 2010.
8. Circulaire n° DGCS/SD1A/2015/325 du 17 décembre 2015 relative à la mise en œuvre des dispositions de l'article 30 de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 relatif au service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).
9. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 - art. 30.
10. *SIAO : Repères et Pratiques, Plan d'accompagnement de la refondation piloté par la DGCS et la DIHAL*, 2013, FNARS Et croix rouge française.
11. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
12. www.sante.gouv.fr
13. Kynos Etudes et logiciels. *Résultats de l'enquête sur les Ateliers santé ville* au 31 décembre 2008. Paris, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, avril 2009.
14. Mercuel A., Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) en France. In : Furtos J., eds. *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris, Masson, 2008, 218-22.
15. Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., *La santé des personnes sans chez soi*, novembre 2009.
16. *Ibid.*
17. *Ibid.*
18. Hesse C., D' Duhamel G., Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, 2014, L'inspection générale des affaires sociales (IGAS).
19. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.
20. Article D.3411-1 du Code de la santé publique (CSP), cf. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007.
21. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.
22. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.
23. CreaiORS Languedoc Roussillon 2015 - Etude commandée par la DRJSCS pour le Diag 360 : « Etude qualitative relative aux parcours de vie et à l'accompagnement des personnes hébergées présentant des problèmes de santé ».
24. Enquête SAMENTA, 2010.
25. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.
26. DIHAL, octobre 2014, *Une nouvelle réponse à la prise en charge des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques*.
27. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.
28. relaisozanam.org/service-totem/

Aller vers, évaluer et orienter les personnes mise à l'abri

Constats relatifs aux besoins des personnes

Chaque année, des milliers de personnes sont mises à l'abri sans garantie d'accompagnement, soit à l'hôtel soit en hébergement d'urgence hivernal. En effet, le nombre de « places » (1 place = 365 nuitées/an) à l'hôtel a plus que triplé depuis sept ans, passant d'environ 10 000 en 2007¹ à environ 35 000 en 2014². En Île-de-France par exemple, au mois de mai 2015, près de 32 000 personnes ont été hébergées par l'État dans le dispositif hôtelier généraliste en Île-de-France, soit une hausse de 21 % par rapport à l'enquête 2014³. Bien que le recours à l'hôtel ait baissé de 16 % entre 2012 et 2014 au niveau national, la situation reste donc préoccupante. De même, le recours à l'hébergement d'urgence hivernal a fortement augmenté pour atteindre 12 % des propositions du 115 dans les 37 départements du baromètre 115 de la FNARS⁴.

Les personnes hébergées dans les places d'urgence hivernales, du fait de leur prise en charge temporaire, alternent périodes à la rue et hébergées. Dans ce sens leurs parcours et expériences ressemblent aux situations des personnes sans-abri traitées ci-dessus.

Dans ce chapitre l'Ansa se concentre sur la situation particulière des personnes hébergées à l'hôtel, notamment celles qui y sont hébergées pour des périodes longues. La vaste majorité de ces personnes – 29 600 – est hébergée en Île-de-France, le restant étant réparti principalement dans trois régions : Rhône-Alpes (550 « places »), Basse-Normandie (550) et Lorraine (1 700)⁵. L'enquête ENFAMS a souligné les difficultés de santé spécifiques des familles hébergées à l'hôtel en Île-de-France⁶.

Dispositifs existants

Pour les personnes mises à l'abri à l'hôtel la priorité est de subvenir à leurs besoins de première nécessité, en premier lieu s'alimenter et se soigner :

- L'ouverture des **droits aux minima sociaux** (allocation temporaire d'attente, RSA, allocations familiales) est une étape incontournable.
- Les personnes doivent également ouvrir leurs **droits à la santé**, dont l'aide médicale de l'État, la CMU et CMU-C, voire l'ACS. Dans ces démarches, les ménages mis à l'abri à l'hôtel sont généralement en

Focus : La santé des familles hébergées en Île-de-France

Une partie importante de familles ayant des droits minorés

Une grande partie des personnes mises à l'abri à l'hôtel a des droits minorés (sans papier). L'enquête ENFAMS, qui propose un recensement du statut des familles hébergées en Île-de-France, identifie qu'en 2013 46 % des familles sont « en voie de régularisation », 22 % ont un titre de séjour, 12 % sont demandeurs d'asile, 11 % sont régularisées et 9 % sont français.

Une population extrêmement démunie

Un quart des familles déclare bénéficier de moins de 89 euros par mois, la moitié de moins de 375 euros et un quart de plus de 854 euros. 38 % déclarent n'avoir reçu aucune aide sociale au cours des douze derniers mois. Les aides les plus souvent perçues sont des allocations familiales (31 %), puis un revenu minimum (23 %).

Une couverture maladie pour la plupart des familles

La majorité de la population interrogée (80 %) bénéficie d'une couverture maladie, que ce soit par la CMU (41 %), l'AME (28 %) ou la Sécurité sociale (11 %). Les personnes n'ayant aucune couverture maladie représentent environ 20 % de la population mais, pour la moitié d'entre elles, une demande de couverture maladie est en cours.

Une majorité de familles est allée chez le médecin généraliste

80 % de la population interrogée déclare avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste au moins une fois dans l'année. Le lieu de la dernière consultation est principalement un cabinet médical en ville (53 %), à l'hôpital (22 %) – en consultations externes ou autres, aux urgences ou aux permanences d'accès aux soins (PASS) – et également dans un centre de Sécurité sociale (17 %).

Problèmes de santé mentale

29 % des mères hébergées en Île-de-France subissent un trouble dépressif. La moitié des enfants avec une mère dans cette situation ont une « suspicion de trouble de santé mentale »

Recours aux soins limité

18 % de ces mères sont sans Sécurité sociale et 53 % sans complémentaire. Ces familles renoncent au soin, non en fréquence mais en qualité : elles ont peu recours à la médecine généraliste et spécialisée et fréquentent, davantage que la population générale, les urgences, PASS, hôpitaux.

L'alimentation comme problème connexe

96 % des hébergés franciliens arrivés en France depuis moins d'un an sont en « insécurité alimentaire ». Un quart des enfants est obèse, soit 10 points de plus que dans la population générale, et un tiers des mères (contre 15 % pour la population générale).

contact avec les acteurs de la veille sociale – équipes mobiles, accueils de jour, 115, SIAO. Cependant, ces acteurs ne sont pas toujours en mesure de leur apporter un accompagnement dans la durée. À cet égard, les **assistants sociaux du conseil départemental et des associations d'hébergement** jouent un rôle clé. En effet, trois-quarts des familles hébergées en Île-de-France sont suivies par un assistant social⁷. De plus, les acteurs en Île-de-France ont considérablement renforcé l'accompagnement des ménages à l'hôtel au cours des dernières années. Par exemple, en 2013, suite à un appel à projets, la DRIHL a désigné un opérateur régional pour assurer l'accompagnement social des publics hébergés à l'hôtel situés dans un autre département que le 115 d'origine.

- Les personnes doivent avoir effectivement **recours aux soins**. L'orientation des personnes vers la médecine de ville – et notamment leur médecin généraliste – est une étape importante, assurée souvent par les services sociaux ou parfois par des associations (Encadré 9, page 44). Ce travail a porté ses fruits – selon l'enquête ENFAMS, puisqu'environ la moitié des familles avait consulté un généraliste dans l'année.

Selon l'enquête ENFAMS, une famille sur cinq hébergées en Île-de-France a eu sa dernière consultation à l'hôpital, que ce soit en consultations externes ou autres, aux urgences ou dans une **permanence d'accès aux soins de santé (PASS)**. Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des PASS. Un total de 330 structures pouvant accueillir des patients en situation de précarité (288 PASS et 42 structures informelles d'accueil non déclarées comme PASS) étaient recensées lors d'une enquête récente⁸. Les PASS voient un nombre non négligeable de personnes en précarité chaque année – en moyenne 455 personnes chacune sur l'année 2007⁹. Des enquêtes réalisées à l'égard des PASS ont identifié **plusieurs enjeux pour améliorer leur prise en charge des personnes sans chez-soi** :

- En 2003, une évaluation des PASS recommandait ainsi : « *le succès des PASS devrait se concrétiser dans un projet du secteur social à l'hôpital et par leur **inscription dans le dispositif de veille sociale**. Les hôpitaux devraient pouvoir, dans leur projet d'établissement, définir les axes d'une politique de prise en charge sociale et déterminer un projet de service social¹⁰* » .

- En 2004, la DHOS recommandait la **création d'unités mobiles – ou PASS Mobiles** – afin d'aller à la rencontre des personnes très marginalisées (et incapables d'entreprendre d'elles-mêmes une démarche de soins) ou très isolées géographiquement¹¹. Le rapport *La santé des personnes sans chez soi* rappelle également que « *cette fonction d'« aller vers » est unanimement reconnue comme un des éléments essentiels à la prise en charge des personnes sans chez soi* »¹². Cette préconisation a impulsé la création de plusieurs dizaines de PASS Mobiles – qui passent de 4 en 2004 à 77 en 2008 (Encadré 11, page 51).

Pour des personnes sans droit de santé, les **centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO)** de Médecins du Monde permettent une prise en charge médicale. Les centres de soins ont pour objectifs d'offrir des soins gratuits aux personnes en situation d'exclusion ou de vulnérabilité. Une équipe pluridisciplinaire accueille les patients sans imposer de contrainte, les soulage de leurs maux en adaptant les pratiques médicales aux patients et travaille avec eux à la récupération de leurs droits pour accéder aux dispositifs publics de santé. Les 20 centres d'accueil, de soins et d'orientation reçoivent près de 30 000 patients et réalisent 40 000 consultations médicales par an.

Enfin, **l'alimentation est un enjeu clé des personnes hébergées à l'hôtel**. Les distributions alimentaires permettent d'éviter le manque absolu d'aliments pour la plupart de familles. Comme précisé dans l'enquête ENFAMS, il s'agit davantage d'un problème d'insécurité alimentaire et de « mal bouffe », qui génère des carences et des cas d'obésité.

Pistes d'action et innovations

Améliorer les conditions d'accueil

Des initiatives ont été élaborées au cours des dernières années, essentiellement afin d'améliorer les conditions de vie et l'accompagnement des personnes hébergées à l'hôtel (Encadrés 7 et 8, page 43). Certaines actions ont également été mises en œuvre afin d'améliorer le recours aux droits de santé et aux soins et à l'alimentation (Encadrés 9 et 10, pages 44 et 45). En Île-de-France, face aux conditions de vie inquiétantes des familles hébergées à l'hôtel, le Samu social a également décidé de mettre à jour sa charte hôtelière afin de garantir un accueil plus digne (Encadré 7, page 43).

E7 ➤ AMÉLIORER LA QUALITÉ D'ACCUEIL DES HÔTELS

« Compte tenu de la durée d'installation des familles, faire progresser le standard est désormais incontournable. Pour améliorer la qualité d'hébergement des familles, figureront désormais dans la charte hôtelière du Samu social de Paris des progrès qui à terme devront être respectés par l'ensemble des hôtels : kitchenette dans les chambres ou cuisine collective et lieu de réfectoire ; buanderie collective permettant aux familles de laver leur linge sur place ; distribution de paniers « petits déjeuners » ; possibilité de réception du courrier pour éviter aux familles des démarches de domiciliation administrative souvent complexes ; et mise en place de comités de résidents pour favoriser la participation des familles. »

Source : Samu social de Paris, Rapport d'activité 2014

Améliorer l'évaluation et l'accompagnement global des familles

Les personnes hébergées à l'hôtel ont souvent un parcours traumatique et vivent toutes dans une grande précarité. Fragilisées, ces familles ont besoin d'un accompagnement adapté à leur situation. En 2013, près d'un quart des familles hébergées ne sont suivies par aucun assistant ou travailleur social (23 %). Ce chiffre serait peut-être moindre aujourd'hui, car l'État a engagé des moyens supplémentaires pour repérer et corriger ces situations. La Croix rouge française s'est ainsi vu confier une plateforme régionale d'accompagnement social, dont les activités de terrain ont démarré à l'automne 2013. De plus, afin d'évaluer les besoins des familles et de les accompagner, le Samu Social a créé l'Équipe Mobile Famille.

E8 ➤ ÉQUIPE MOBILE FAMILLE

« Créée en 2011, l'Équipe Mobile Famille (EMF) a eu pour mission d'évaluer les familles primo-arrivantes sur le dispositif 115 de Paris. Cette évaluation a lieu dans un hôtel « sas » du 18^e arrondissement. Depuis janvier 2014, l'EMF a vu sa mission s'élargir à l'accompagnement de familles sans référent social jusqu'à la réorientation vers un logement pérenne. Dans ce cadre, l'équipe accompagne environ 200 familles. »

En 2014, 362 familles ont bénéficié d'une évaluation, 312 ont été prise en charge par le 115 de Paris, et 48 familles ont été rencontrées par l'EMF.

Source : Samu social de Paris, Rapport d'activité 2014

Aller vers pour favoriser le recours aux droits de santé et aux soins

Pour répondre aux besoins croissants d'hébergement des familles, le Samu social de Paris est depuis plusieurs années contraint d'étendre ses réservations au parc hôtelier de la grande couronne. Isolement, difficultés d'accès au système de soins, tissu associatif moins dense pour ne pas dire parfois inexistant sont alors la cause de difficultés nouvelles. C'est pour aller à la rencontre de ces familles, connaître leurs besoins et les orienter, que le Samu social de Paris a décidé, fin 2013, en faisant appel à des fonds privés, de tester la mise en place du Bus Espace Enfants Parents (BEEP).

E9 ➤ **BUS ESPACE ENFANTS PARENTS (BEEP) EN ÎLE-DE-FRANCE^a**

Le porteur du projet : Samu social de Paris

Les objectifs : Proposer un accueil permettant de s'entretenir avec les familles, établir un diagnostic sanitaire et social, évaluer leurs besoins et les orienter vers des structures adaptées à leur demande, de préférence proches du lieu d'hébergement.

Les modalités : Depuis janvier 2014, l'équipe du BEEP sillonne les villes de Seine-et-Marne et de l'Essonne et, depuis début 2015 celles des Yvelines et le Val-d'Oise. L'équipe s'installe pour trois jours à proximité des hôtels dans lesquels sont hébergées des familles et parfois des personnes seules. Le chauffeur du bus effectue un pré-accueil et oriente les familles vers le bon interlocuteur, une intervenante sociale identifie les besoins et assure l'information sur les droits, une infirmière évalue les demandes sanitaires de la famille. Pour des situations non urgentes et en fonction des droits ouverts à la sécurité sociale, une orientation vers la médecine de ville est privilégiée. Certaines familles, et notamment celles n'ayant pas des droits ouverts, sont vues par le médecin généraliste du bus lors de la troisième journée sur le site.

Le rôle du BEEP « *n'est pas de se substituer au droit commun, aux travailleurs sociaux, à la médecine de ville*, explique Luce Gatecloud, responsable du BEEP. *L'idée est de donner l'impulsion à leur démarche* », par exemple en orientant un enfant à la PMI s'il n'a aucun suivi.

Les résultats : L'équipe rencontre désormais 25 à 30 familles par semaine. Les principaux motifs de consultation sont de type généraliste (38,4 %) et gynécologique (14,6 %). 1/3 des familles n'a pas de droits ouverts à la Sécurité sociale et, au quotidien, l'accès aux soins des personnes en situation de précarité reste complexe à cause de la méconnaissance du système de soins. L'équipe rencontre des difficultés, notamment au niveau des orientations adaptées à certaines problématiques (ex : bucco-dentaire).

a. Entretien physique le 23 octobre 2015 : Luce Gatecloud (Responsable), Cécile Bellony (intervenante sociale), Jennifer Jégouic (infirmière) du Bus Espace Enfants Parents du Samusocial de Paris.

Aider les familles hébergées à l'hôtel à s'alimenter de façon plus équilibrée

Depuis que le rapport ENFAMS a souligné les problèmes d'alimentation des personnes hébergées à l'hôtel en Île-de-France, le Samu social a lancé des actions innovantes à ce sujet. Premièrement, le Samu social a développé des actions pour permettre à des personnes de s'alimenter malgré l'absence d'équipement, dont les ateliers de cuisine au micro-ondes (Encadré 10, page 45). Le Samu social poursuit également d'autres pistes pour améliorer l'alimentation des personnes hébergées à l'hôtel. Par exemple, il a lancé un appel à projets innovants de distribution alimentaire dans les hôtels. L'Ansa et Revivre, lauréats de cet appel à projets, ont élaboré un projet innovant pour améliorer l'accès à l'alimentation des personnes hébergées à l'hôtel dans le département de l'Essonne. Il s'agit de détecter les familles concernées, par le biais des acteurs locaux de l'accompagnement social, puis de leur proposer la livraison d'un colis alimentaire adapté tant à la composition familiale qu'aux équipements des hôtels. *

E10 ➤ **ATELIERS DE CUISINE AU MICRO-ONDES^b**

En collaboration avec Paris Santé Nutrition – un programme du département de Paris – le Samu social de Paris a mis en place des ateliers « Cuisine au micro-ondes ».

« L'idée est d'aider les personnes à préparer des plats sympas, accessibles et équilibrés dans un micro-ondes, en utilisant des produits inclus dans les colis alimentaires » explique Nadège Letellier du Samu social de Paris.

Les premiers ateliers ont eu lieu à l'automne 2015 dans le 18^e arrondissement de Paris et ont été bien reçus par la dizaine de famille y ayant participé. « L'idée est d'étendre cette expérimentation à tout Paris, et ensuite à d'autres territoires d'Île-de-France » ajoute Nadège.

b. Entretien téléphonique le 27 novembre 2015 avec Nadège Letellier du Samu social de Paris.

1. Enquête Direction Générale de l'Action Sociale citée dans DGAS – DGALN, 2008, *Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté*.
2. Données citées par la DIHAL.
3. DRIHL, novembre 2015, *Profil des ménages hébergés à l'hôtel par l'État en Ile-de-France*, Etudes Hébergement Logement.
4. FNARS, 2014, *Rapport annuel 115*.
5. Données citées par la DIHAL.
6. ENFAMS : *Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France : Premiers résultats de l'enquête quantitative*, 2014, Samu social de Paris.
7. *Ibid.*
8. Etude GRES médiation santé de 2003, remontée 2006 de la statistique annuelle des établissements, remontée 2007 des crédits dédiés aux MIG PASS.
9. Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS, 2008, DHOS.
10. Barbeyre J., Batz C., Nosmas J.P.w, Ollivier R. *Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, mars 2003.
11. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'Igas, l'Anaes et Gres Médiation*. Paris, DHOS, février 2004.
12. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.

Anticiper, préparer et coordonner les sorties d'hôpital

Constats relatifs aux besoins des personnes

Les personnes sans domicile ont un recours élevé aux services hospitaliers, et tout particulièrement aux urgences générales.

Le rapport *La santé des personnes sans chez soi*¹ propose deux explications : d'une part, elles ont « *rarement un médecin traitant et donc peu de possibilités d'être soignées en amont des urgences* », et, d'autre part, elles « *vont faire appel au système de soins plus tardivement que la population générale, quand les pathologies sont plus avancées et que la situation est plus grave* ».

Par conséquent, lorsque les personnes sont hospitalisées, elles sont souvent dans un état très grave. À titre d'exemple « *à Toulouse, parmi les personnes sans abri hospitalisées suite à un passage aux urgences et suivies par le réseau santé précarité, 50 % des hospitalisations se font en service de réanimation* »².

La durée des hospitalisations des personnes sans domicile est souvent prolongée du fait de la gravité de leur état physique, mais également de l'absence d'un logement stable. Ainsi, certains soignants craignent que ces personnes utilisent l'hôpital comme un logement. Cependant, les durées de séjour sont souvent insuffisantes pour organiser une sortie vers un logement stable, avec une coordination thérapeutique. Ainsi, trop souvent « *la sortie de l'hôpital reste un moment de rupture de la continuité des soins et de rechute dans la rue* »³.

Une partie importante des personnes sans domicile fait ainsi de nombreux allers retours entre l'hôpital et leur lieu de vie (la rue, squat, hébergement). Selon le rapport *La santé des personnes sans chez soi*, leur prise en charge favorise rarement leur inscription dans un parcours de soins : accueil parfois discriminatoire, manque de préparation de leur sortie et manque de coordination thérapeutique après leur sortie. Les conséquences pour les personnes sont souvent graves. Ainsi « *une enquête sur la mortalité des personnes sans abri menée à Marseille montre que les personnes décédées ont eu parfois jusqu'à 20 passages aux urgences dans les 6 derniers mois de leur vie sans qu'aucun diagnostic ne soit posé* »⁴.

Le recours aux hôpitaux psychiatriques des personnes sans domicile soulève aussi des questions. L'enquête Payant a montré en 2007 que les personnes sans domicile sont rarement hospitalisées dans les services de psychiatrie (moins de 1 %), qu'elles y restent peu longtemps (8 jours en moyenne) et qu'elles retournent à la rue dans presque un cas sur trois. « *Elles ont du mal à s'adapter aux règles, et les soignants semblent avoir du mal à répondre à leurs besoins* » conclut le rapport de Girard et al.⁵.

Comment éviter ces parcours chaotiques et coûteux sur le plan humain comme pour les finances publiques? Comment réduire le recours aux services d'urgences et augmenter le recours à la médecine de ville? Comment mieux préparer les sorties en amont et assurer une coordination thérapeutique en aval? Il existe aujourd'hui de nombreux dispositifs qui apportent une réponse à ces enjeux.

Dispositifs existants

Plusieurs dispositifs existent permettant de mieux préparer les sorties d'hôpital et surtout d'assurer une meilleure prise en charge médicale dans la durée afin de prévenir et traiter en amont des problèmes de santé des personnes sans domicile.

Tout d'abord, les **permanences d'accès aux soins de santé** (PASS) jouent souvent un rôle central dans la préparation des sorties d'hôpital des personnes sans domicile. Comme précisé ci-dessus, **les PASS ont des limites en termes de liens avec le dispositif de veille sociale et d'aller vers les personnes après leur sortie.**

Ensuite, la **médecine de ville** devrait être au cœur de la prise en charge médicale de la majorité des personnes sans domicile. Ce terme désigne un ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement: consultations de médecins généralistes ou spécialistes en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires. Malheureusement, **les praticiens libéraux se retrouvent souvent isolés et donc a priori mal adaptés au suivi des grands marginaux.** Cependant, certains médecins généralistes ont adapté leurs pratiques à ce public, souvent en lien avec les acteurs de proximité: équipe mobile, lits halte soins santé, PASS, veille sociale et 115. Plusieurs projets identifiés dans ce rapport ont permis de développer de tels partenariats avec la médecine de ville (Fiche 3, page 88 et Encadrés 11 et 15 pages 51 et 56).

Pour un public souvent concerné par des troubles psychiques, les **centres médico-psychologiques (CMP)** peuvent jouer un rôle important. Cependant leurs modalités de travail sont souvent mal adaptées aux personnes sans domicile. Les **obstacles principaux** sont : **des délais d'attente parfois prohibitifs; le fait que certains CMP refusent de recevoir en consultation des personnes « non sectorisées » (souvent sans domicile); le fait que la majorité des professionnels des CMP ne se déplace pas dans la rue.** Plusieurs des projets innovants identifiés comblent ces insuffisances, par exemple en allant vers les personnes sans domicile fixe pour assurer qu'elles poursuivent des soins psychiatriques (ex. Fiche 3). Très souvent, les **Équipes Mobile Psychiatrie Précarité** assurent cette fonction et favorisent l'adhésion aux soins des patients des CMP.

Enfin, deux dispositifs médico-sociaux existent désormais dans de nombreux départements français et proposent une solution d'hébergement avec une coordination thérapeutique renforcée.

Les **appartements de coordination thérapeutique (ACT)**, créés de manière expérimentale en 1995, étaient destinés à offrir aux personnes victimes du sida et en situation de précarité une prise en charge médicale et sociale. Plus récemment, ils se sont ouverts à la prise en charge de patients souffrant de toute pathologie chronique. Ces établissements proposent un accompagnement pluridisciplinaire centré sur la coordination thérapeutique pour accompagner les personnes dans leur parcours de santé, médico-social et résidentiel. Ce dispositif accueille un nombre important de personnes sans domicile. En effet, à leur entrée, 9 résidents sur 10 sont dans une situation d'hébergement précaire, voire sans hébergement⁶. Il existe 119 ACT en France avec des modalités d'organisation variables. Ces structures disposent de 2 000 places d'ACT réparties sur l'ensemble du territoire mais ne pouvant répondre à l'ensemble des besoins. Saturées, leur taux de refus à l'entrée est proche de 90 %⁷. L'ACT est en théorie une solution d'hébergement *temporaire*. **En pratique, la proportion de résidents y restant 12 mois ou plus est de 48 % en province et de 85 % en Île-de-France⁸.** Enfin, **seulement la moitié des résidents dispose d'une solution de logement durable à sa sortie d'ACT.** Un enjeu clé pour les ACT est donc d'améliorer la fluidité afin que les personnes sortent vers un logement durable (Encadré 13, page 53), et d'assurer une coordination thérapeutique par la suite (Encadré 15, page 56).

Le dispositif des **lits haltes soins santé (LHSS)**, ensuite, a été créé en 2005, suite à l'expérimentation des lits infirmiers initiée en 1993 par le Samu social de Paris, où intervenait l'association Médecins du Monde. Il s'agissait d'accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de conva-

lescence sans justifier d'une hospitalisation (tuberculose, pathologies aiguës ponctuelles telles que grippe, angine, suites opératoires) afin de les soigner. Les personnes accueillies en LHSS bénéficient d'un hébergement, de soins médicaux et paramédicaux, d'un suivi thérapeutique, d'un accompagnement social, de prestations d'animation et d'éducation sanitaire. Les lits peuvent être regroupés en un lieu spécifique ou non. Ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. En 2015, 1 296 lits ont été financés dans toutes les régions de France. Ce dispositif a toutefois des limites, identifiées par une récente enquête. En particulier, l'accès au logement à la sortie est un enjeu clé. En effet, sur 892 personnes sorties entre septembre et novembre 2011, 205 (23 %) sont retournées dans le dispositif d'urgence et 193 (22 %) dans la rue, un squat, un camion, à l'hôtel ou ont rejoint une destination inconnue⁹. En tout, **45 % des patients retrouvent donc des conditions de vie très précaires à la sortie du LHSS**. La mise en place d'un chargé de mission logement représente une piste intéressante pour accompagner les patients vers le logement à la sortie du LHSS.

Pistes d'action et innovations

Améliorer l'articulation entre les PASS et les acteurs de veille sociale

En 2003, une évaluation des PASS recommandait que « *le succès des PASS [se concrétise] dans un projet du secteur social à l'hôpital et par leur inscription dans le dispositif de veille sociale* »¹⁰. Cette articulation est encore peu développée sur de nombreux territoires, due, entre autres, aux moyens limités des PASS. Afin de favoriser le recours aux PASS de la part des personnes sans domicile, la DHOS recommandait la création d'unités mobiles (ou PASS mobiles). En 2008, une part non négligeable des PASS était déclarée mobile – 1 PASS sur 4, soit un nombre total de 77 PASS mobiles¹¹. Le développement des PASS mobiles est une évolution positive, bien que la nature exacte du travail d'aller vers ne soit pas précisée. Le fonctionnement de la PASS Mobile du centre hospitalier de Périgueux pourra représenter un modèle pour d'autres PASS souhaitant investir cette approche.

E11 ➔ **PASS MOBILE DU CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX^a**

Le porteur du projet : La permanence d'accès aux soins de santé a été mise en place au centre hospitalier de Périgueux en mai 2000, avec la création d'une poste d'assistante sociale.

Les objectifs : En 2012, le volet mobile de l'équipe de PASS a été créé avec un financement de l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin d'aller vers les personnes démunies dans leurs lieux de vie, et d'initier un parcours de soins.

Les modalités : L'équipe mobile est initialement constituée d'une infirmière à temps complet et d'une psychologue à mi-temps. La psychologue travaille également à mi-temps pour l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité, favorisant l'articulation des actions des deux équipes. Depuis 2014, un médecin urgentiste a été ajouté à l'équipe un jour par semaine. Ce dernier effectue des consultations une fois par semaine au sein de l'hôpital et peut recevoir des patients orientés à la fois par l'équipe mobile de la PASS et les services hospitaliers.

L'accompagnement de la personne se fait en plusieurs temps. D'abord, les personnes pouvant bénéficier d'une consultation PASS sont repérées à la fois par les partenaires (services hospitaliers, services sociaux, centres d'hébergement, associations) et par la partie mobile de l'équipe (infirmière, psychologue).

Afin d'aller au-devant des publics les plus fragiles, l'infirmière participe aux maraudes à Périgueux et effectue des permanences au sein des centres d'hébergement. La personne est ensuite reçue lors d'une consultation PASS afin d'appréhender sa situation dans sa globalité. L'équipe organise enfin le suivi de la personne afin d'éviter des ruptures dans les parcours de soins.

L'équipe mobile vise avant tout le recours aux dispositifs de droit commun, et en particulier à la médecine de ville. Cependant il est parfois nécessaire de compléter cette offre, par exemple par la réalisation de soins paramédicaux au sein des centres d'hébergement.

L'articulation entre les hôpitaux et les acteurs de veille sociale peut prendre également d'autres formes. Par exemple, les services sociaux du centre hospitalier universitaire de Dijon, en collaboration avec la FNARS Bourgogne, ont élaboré une fiche de liaison pour améliorer la coordination des parcours sanitaires et sociaux des patients.

a. Entretien téléphonique le 24 novembre 2015 avec : Monique Pillaud (Assistante sociale), Céline Llinares (Psychologue), et Lydie Landelle (Infirmière).

E12 ➔ **FICHE DE LIAISON DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON^b**

Le porteur du projet : Le service social du centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon est composé de 29 assistants de service social. « *Chaque professionnel intervient auprès des patients sur plusieurs services de soins, en collaboration avec les professionnels de santé afin de prendre en compte la dimension sociale dans le projet de soin. Il s'agit de favoriser le lien ville-hôpital, limitant ainsi les ré-hospitalisations* », explique Angélique Maitrehenry, responsable du service social.

Les objectifs : En 2014, Angélique Maitrehenry et son équipe ont initié, en lien avec Mathilde Dupré – chargée de mission santé à la FNARS Bourgogne – une réflexion autour de la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. « *Nous avons repéré, grâce aux outils statistiques, un grand nombre de personnes faisant des allers retours entre les lieux d'hébergement et les services hospitaliers.* » Les résultats ont confirmé les observations de l'équipe, à savoir le recensement d'un grand nombre de personnes ayant recours fréquemment aux services des urgences. « *Sur un an, un homme a par exemple passé 303 jours aux urgences* », a poursuivi Angélique Maitrehenry. « *Il apparaît donc nécessaire de coordonner nos actions [entre l'hôpital et les acteurs de veille sociale]* ».

Les modalités : Angélique Maitrehenry, avec la FNARS Bourgogne, a donc consulté les acteurs sociaux – centres d'hébergement, CCAS, etc. – « *pour évoquer le sujet des allers retours des personnes en précarité entre hébergement, rue et services hospitaliers et la question de la coordination* ». À l'issue de ce travail, l'équipe du CHU a élaboré une fiche de liaison mise à disposition de chaque partenaire afin de favoriser une meilleure transmission d'information au sein de l'hôpital et avec les partenaires de la veille sociale. Cette fiche de liaison est un outil qui s'inscrit dans un projet plus global d'ouverture du service social des patients auprès de l'ensemble de ses partenaires de la veille sociale mais également CCAS et CPAM.

La fiche a deux fonctions, poursuit Angélique Maitrehenry : d'une part, « *que les partenaires alertent les assistants de service social de l'hospitalisation présente ou à venir d'une personne en situation de précarité dans l'hôpital* » et d'autre part « *prévenir les acteurs de la veille sociale de sa sortie. Avec l'accord du patient, les assistants sociaux du CHU et les travailleurs sociaux des structures qui les accueillent (ex. centre d'hébergement) enrichissent la fiche de liaison avec les éléments jugés pertinents à la coordination de leurs soins. Ainsi la fiche a un double objectif : « anticiper la sortie d'hospitalisation » et « réduire le recours à l'hospitalisation, par exemple, en mettant en place des soins de suite* ».

b. Source : Entretien téléphonique du 13 octobre 2015 avec Angélique Maitrehenry, Responsable du Service social du CHU de Dijon, et Mathilde Dupré, Chargée de mission santé à la FNARS Bourgogne.

Les résultats : La fiche est en place depuis septembre 2015. Pour cela, le service social des patients s'est déplacé dans toutes les structures qui en ont fait la demande pour présenter cette fiche et ainsi être clairement identifié par les structures partenaires. Il est donc encore un peu tôt pour bien apprécier les effets pour les personnes en grande exclusion du territoire. Cependant, Angélique Maitrehenry a constaté des effets positifs pour les assistants sociaux : *« la fiche permet de bien apprécier l'ensemble de la situation de la personne, c'est un gain temps dans la coordination des acteurs autour de la personne »*.

Favoriser l'accès au logement des sortants de LHSS et d'ACT

La problématique d'accès au logement se présente à la fois pour les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et pour les lits haltes soins santé (LHSS) (voir page 49). Comment favoriser l'accès à un logement stable des sortants de ces structures ? De nombreuses pistes peuvent être envisagées – mobilisation du contingent préfectoral, recours à l'intermédiation locative etc. Face à cet enjeu, la fondation Maison des Champs, association gestionnaire d'ACT en Île-de-France, a décidé de recruter une chargée de mission logement.

E13 ➔ CHARGÉ DE MISSION LOGEMENT DANS LES ACT EN ÎLE-DE-FRANCE^c

Le porteur du projet : La fondation Maison des Champs est gestionnaire de deux établissements d'appartements de coordination thérapeutique à Paris (75) et dans le Val-de-Marne (94). La fondation a été soutenue dans cette démarche innovante par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France.

Les objectifs : *« L'association a constaté que les personnes hébergées avaient des durées de séjours longues et avaient du mal à accéder à un logement. En plus, ceux qui accédaient à un logement avaient parfois des difficultés à s'y maintenir »* explique Julie Fradin-Faisant, chargée de mission logement à la fondation. *« La Fondation a donc créé en 2008 ce poste de chargée de mission logement. L'objectif était de favoriser l'accès au logement ordinaire des personnes sortant d'ACT »* poursuit-elle.

Les modalités : Aujourd'hui la chargée de mission structure son action en deux volets.

Premièrement elle met en œuvre un accompagnement individuel des personnes hébergées, en lien avec les coordinatrices sociales – leurs référents au sein de l'association.

c. Source : Entretien physique du 29 octobre 2015 avec Julie Fradin-Faisant, Chargée de mission logement à la Fondation Maison des Champs.

Cet accompagnement commence dès leur intégration dans la structure. « *Il ne faut pas envisager la sortie au moment de la sortie, surtout en raison des délais d'attentes pour les logements sociaux en Île-de-France. On démarre l'accompagnement lié au logement dès la fin du protocole d'accueil, c'est-à-dire environ 3 mois après leur arrivé* ».

Ensuite, Julie Fradin-Faisant leur propose un accompagnement individuel adapté à leurs besoins qui va du simple montage du dossier de logement social à l'élaboration d'un projet de déménagement en région.

Pour certaines personnes, l'accompagnement se poursuit à chaque étape de leur projet : « *une fois que quelqu'un a une proposition de logement, on peut visiter avec eux* ». « *Les coordinatrices sociales font un rapport social pour le passage en commission d'attribution de logement (CAL) en précisant qu'un accompagnement de l'ACT se poursuivra une fois la personne logée, ce qui peut rassurer les bailleurs sociaux* » précise-t-elle.

Ensuite, une fois la personne installée dans son logement, cet accompagnement peut faciliter son maintien. « *Certaines personnes ont vécu des mois voire des années à l'hôpital ou en réadaptation, donc parfois il y a une angoisse à se retrouver en logement autonome* » poursuit-elle. « *C'est vrai que certains ont perdu leurs réflexes locatifs* ». La présence de la chargée de mission logement et les coordinatrices sociale et médicale peuvent les aider à franchir cette étape. L'équipe médicale assure la poursuite des traitements, et le repérage d'éventuels nouveaux lieux de soins. Les coordinatrices font le lien avec le droit commun – « *souvent on met en place infirmier à domicile, et parfois on demande au SAMSAH d'intervenir* » indique Mme Fradin-Faisant.

Deuxièmement, la chargée de mission logement met en place des actions collectives d'information et de sensibilisation aux problématiques de logement pour les personnes hébergées. Une fois par mois les hébergés participent, sur la base du volontariat, à des échanges autour du logement, tels que le fonctionnement du logement social, le DALO, les démarches et le budget d'un déménagement et l'hygiène dans l'habitat. Ces actions collectives permettent de sensibiliser les personnes hébergées à la question de l'accès au logement, de les former sur leurs droits et de les aider à acquérir les réflexes du savoir-habiter.

Les résultats : La présence de la chargée de mission logement a contribué à de nombreuses sorties vers le logement. Ainsi, en 2014, sur 62 places au total en Île-de-France, 17 sont sorties vers un logement, essentiellement dans le parc social.

Mieux répondre aux personnes avec des pathologies lourdes de longue durée

Une évaluation des LHSS réalisée en 2009 a constaté que 30 % des personnes reçues le sont exclusivement pour des pathologies de longue durée - Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués, etc. Or les LHSS ne sont ni prévus, ni équipés, ni financés pour prendre en charge un tel public : en principe, la durée prévisionnelle de séjour est de deux mois pour des pathologies ponctuelles en relais à une hospitalisation. C'est pourquoi une expérimentation a été lancée en 2009 d'un mode de prise en charge adaptée à ce type de public – les Lits d'accueil médicalisés (LAM). Les LAM ont été créés de façon pérenne en tant qu'établissements médico-sociaux en 2013¹².

E14 ➤ LITS D'ACCUEIL MÉDICALISÉS : DE L'EXPÉRIMENTATION À L'ESSAIMAGE

Les objectifs : « *En l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, les LAM expérimentaux permettent aux personnes atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés* »¹³.

Les modalités : Les lits d'accueil médicalisés se distinguent des autres dispositifs de plusieurs façons. Contrairement aux LHSS, les LAM n'imposent pas au préalable une durée du séjour limitée. De plus, la prise en charge médicale y est plus intensive, avec une présence de professionnels de santé 24h/24h et un médecin pouvant être désigné comme médecin traitant des patients. Comme d'autres dispositifs, un accompagnement social est proposé aux patients afin de leur permettre d'accéder à leurs droits, notamment à la santé. L'équipe est donc composée d'un responsable, d'un maître de maison et du personnel assurant l'hébergement, de plusieurs soignants dont un médecin et de travailleurs sociaux.

Les résultats : Entre 2009 et 2012 45 lits expérimentaux ont été créés au sein des structures porteuses à Paris, à Lille et dans l'Aube. L'évaluation du Crédoc a permis d'analyser les résultats des LAM pour les personnes accueillies¹⁴. En moyenne 51 résidents, soit environ un résident sur deux, sont sortis. Leur durée moyenne de séjour était de 247 jours. Parmi ces sortants : 21 (41 %) ont trouvé une sortie vers un logement ou un hébergement et la mise en place de services à domicile ; 10 (19 %) ont intégré un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ; 9 sont décédés, et 5 ont quitté les LAM sans solution de logement. Au niveau médical les LAM permettent une stabilisation du nombre de pathologies associées. Seuls 2 résidents sur les 42 situations analysées ont vu ce nombre de pathologies associées croître durant leur passage en LAM. 4 résidents

l'ont vu diminuer et la majorité, soit 36 résidents, ont un nombre de pathologies associées stable.

L'essaimage : En 2013, les LAM deviennent des établissements médico-sociaux à part entière. Dès lors, les 45 lits expérimentaux ont été pérennisés et 15 lits supplémentaires ont été créés. Depuis les LAM ont été essaimés dans d'autres territoires. En 2015, 135 lits ont ainsi été financés à l'année dans 7 régions : Alsace, Champagne-Ardenne, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpe¹⁵. 75 lits ont également été financés pour 2 mois et demi sur trois autres régions : Bretagne, Franche-Comté et Lorraine¹⁶. Les LAM sont donc désormais présents dans 10 régions, même si la capacité d'accueil reste modeste.

Poursuivre une coordination thérapeutique à domicile

Lorsque les personnes sont hébergées ou à l'hôpital, leur état de santé est généralement surveillé, et leurs soins peuvent être coordonnés. Suite à leur sortie, comment assurer une coordination thérapeutique à domicile pour les personnes démunies ayant des pathologies lourdes, ou atteintes de poly-pathologies ? ACT Domicile de l'association Abri apporte une réponse à cette question.

E15 ➤ ACT DOMICILE EN HAUTE-NORMANDIE^d

Le porteur de projet : L'association Abri

Les objectifs : Ce projet trouve ses origines dans le dispositif « Aide à domicile pour les personnes touchées par le Vih/Sida » (ADPS) mis en place en France entre 1996 et 2011¹⁷.

Ce service est mis en œuvre en Seine-Maritime, en 1997, par le CCAS de Rouen, mais n'est pas déployé dans l'Eure. En parallèle, l'association L'Abri a décidé de développer un accompagnement global à domicile, auprès des personnes sortant de ses appartements de coordination thérapeutique.

En 2011, le dispositif ADPS est arrêté dans quasiment tous les départements de France. Cependant, suite à une évaluation avec les partenaires locaux, l'ARS de Haute-Normandie décide de financer à partir de 2012 l'association Abri pour poursuivre cette action d'aide à domicile et d'accompagnement global dans la quasi-totalité de la Haute-Normandie.^e

d. Source : Entretien téléphonique du 14 octobre 2015 avec Léonard Nzitunga, Directeur Général de l'Association ABRI, et Elodie Jean, Coordinatrice d'ACT Domicile.

e. En 2014, le dispositif est financé à hauteur de 80000 euros par an.

Les partenaires du projet ont partagé le constat de « *la nécessité pour les personnes sortant d'ACT, d'avoir un soutien une fois dans le logement* » explique Elodie Jean, coordinatrice de l'ACT Domicile. « *L'objectif est d'aider la personne à se maintenir dans son parcours de soins ; pour cela, il est aussi nécessaire de décloisonner le médical et le social* » poursuit-elle. À partir de 2012, le dispositif est alors ouvert à un public plus large : toute personne touchée par une pathologie chronique et invalidante, particulièrement les personnes en situation d'isolement et de précarité, soit le public relevant du cahier des charges des ACT.

Les modalités : Le dispositif ACT Domicile comporte deux volets.

D'une part, une coordinatrice met en place un accompagnement global et une coordination médico-psycho-sociale. La coordinatrice intervient sur orientation des services (social, médico-social, médical) ou sollicitation directe des individus (la personne elle-même, sa famille ou son entourage). Suite à une évaluation de leurs besoins sociaux et sanitaires, la coordinatrice accompagne les personnes dans l'accès aux droits et aux soins, en mobilisant les partenaires, en coordonnant leurs actions, en suivant la personne et en organisant le relais avec des acteurs du droit commun.

D'autre part, une prestation d'aide à domicile spécifique est proposée, pour des personnes qui, du fait de l'état de leur santé, sont très dépendantes dans l'accomplissement des actes de la vie courante et qui ont, par conséquent, une difficulté pour continuer à vivre à leur domicile. Cette aide complète l'offre de droit commun et est sollicitée soit dans l'attente d'une prestation d'aide à domicile de droit commun (exemple : prestation de compensation du handicap (PCH)) ou (exceptionnellement) en complément de celle-ci lorsqu'elle est insuffisante. La coordinatrice forme et soutient les auxiliaires de vie qui interviennent à domicile, notamment lors de réunions de soutien mensuelles.

Pour Elodie Jean, le dispositif repose sur l'établissement de relations de confiance, aussi bien avec les personnes accompagnées qu'avec les partenaires : « *Faire travailler les acteurs ensemble ne se décrète pas. Entre les acteurs du social, du médical, du médico-social, il y a une reconnaissance qu'on va travailler ensemble, autour des intérêts de la personne. C'est ce décloisonnement du social et du médical qui est vraiment innovant* ». Tout aussi innovante, la notion « d'aller vers » les personnes, pour ne pas laisser une situation d'isolement, engendrer des conséquences graves comme la rupture de soins ou de droits.

Les résultats : En 2014, le dispositif ACT Domicile a accompagné 25 personnes, dont 10 personnes ayant bénéficié de la prestation d'aide à domicile financée par le dispositif. Une majorité de ces bénéficiaires a plus de 51 ans, 88 % des bénéficiaires vivent seuls et 56 % n'ont aucun entourage familial ou amical. 23 des personnes bénéficiaires se sont maintenues à domicile en 2014, 2 personnes étaient en procédure d'expulsion (une a été relogée, l'autre attendait un logement).

Répondre aux besoins des personnes accueillies nécessitant des soins palliatifs

Les personnes en grande précarité meurent de façon plus précoce que la population générale. En effet, l'âge moyen de décès des personnes à la rue était d'environ 49 ans en 2007, comparé à 80 ans pour l'ensemble de la population¹⁸. Aucune estimation n'existe du nombre de personnes sans domicile en fin de vie pouvant prétendre à des soins palliatifs. Cependant, une étude réalisée en 2011 sur l'agglomération de Lyon estime que 600 personnes en grande précarité sont atteintes de maladies graves, soit environ un quart de l'ensemble des 2600 personnes en grande précarité répertoriées par les services de soins¹⁹. De plus, l'enquête a permis de dénombrer environ 60 personnes en grande précarité décédées sur une année, ce qui correspond à 10 % de la population estimée des grands précaires atteints de maladie grave. Cette enquête suggère que la question des soins palliatifs pourrait concerner une part importante des personnes sans domicile fixe. Cependant ce public accède rarement aux soins palliatifs. En effet « *la grande majorité des personnes décède à l'hôpital, souvent suite à des hospitalisations d'urgence, plus rarement après un long séjour* » précise une récente étude²⁰.

Pour une personne sans domicile en fin de vie, plusieurs dispositifs existent qui peuvent – en fonction du territoire – être mobilisés :

- Les **unités de soins palliatifs**, qui « *s'avèrent être des structures ad hoc [pour la] prise en charge des personnes en fin de vie* »²¹;
- Les **équipes mobiles de soins palliatifs** au sein des hôpitaux. Elles permettent de maintenir les patients dans les services dans lesquels ils ont été initialement hospitalisés tout en leur offrant une prise en charge soutenue qui relève du palliatif;
- Les **réseaux de soins palliatifs** interviennent également au domicile des personnes. Ils peuvent être spécialisés (oncologie, gérontologie).

Cette problématique concerne également les établissements médico-sociaux tels que les ACT. Selon des études récentes, environ 4 % des résidents des ACT décèdent chaque année²². Afin d'assurer une prise en charge digne de ce public en fin de vie, plusieurs associations de FNH-VIH et autres pathologies explorent actuellement l'idée d'un nouveau dispositif spécifique « ACT soins palliatifs^f ». ✱

f. Source : Entretien téléphonique du 9 septembre 2015 avec Laurent Thévenin, Délégué national FNH-VIH et autres pathologies.

1. Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, *La santé des personnes sans chez soi*.
2. *Ibid.*
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*
6. Bilan annuel des ACT 2013, FNH-VIH et autres pathologies
7. *Ibid.*
8. *Ibid.*
9. ITINERE Conseil, janvier 2013, *Évaluation du dispositif Lits haltes soins santé (LHSS)*.
10. Barbeyre J, Batz C, Nosmas J.P., Ollivier R. Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion. Paris, Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, mars 2003.
11. DHOS, 2008, *Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS*.
12. L'article 65 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de *financement de la sécurité sociale pour 2013*. Leur mention est insérée au 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF notamment.
13. Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.
14. Crédoc, 2012, *Lits d'accueil médicalisés (LAM) : Évaluation de l'expérimentation – Rapport de synthèse*.
15. Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2015/289 du 15 septembre 2015 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2015 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.
16. *Ibid.*
17. Circulaire DGS/DS2 96/10 du 8 janvier 1996 relative à l'aide à domicile auprès des patients atteints du VIH/Sida.
18. Le collectif Les Morts dans la Rue a comptabilisé 145 décès de sans-abri de novembre 2006 à mars 2007, dont 91 en Île-de-France. La durée de vie moyenne de ces 145 morts a été de 49 ans (contre une moyenne nationale de 80 ans).
19. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, 2011, *Etude « maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité »*.
20. Groupe Recherche Action (GRAC), 2011, *Etude maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris*.
21. *Ibid.*
22. L'Observatoire National de Fin de Vie a recensé 4.3 % de décès en 2012 (51 des 1 174 résidents), et 3.8 % en 2013 (51 des 1 344 résidents). Source : *La fin de vie des résidents d'Appartement de coordination thérapeutique*, janvier 2015, Observatoire National de Fin de Vie.

Assurer un recours aux droits et aux soins des personnes hébergées

Constats relatifs aux besoins des personnes

Le recours aux droits de santé

Selon une récente étude de la DREES, une personne sans domicile sur dix ne dispose pas de couverture maladie, et une sur quatre d'aucune complémentaire santé¹. Une disparité existe selon la nationalité : parmi les sans domicile de nationalité étrangère, 16 % ne disposent pas de couverture maladie et 29 % n'ont pas de complémentaire santé.

La question de la couverture maladie influe sur le lieu de consultation. L'étude estime que les sans domicile sans complémentaire santé, les bénéficiaires de l'AME et ceux sans couverture maladie se tournent davantage vers les lieux de consultation s'adressant aux personnes précaires ou sans domicile (centres d'hébergement ou foyers, dispensaires, centres de santé, PASS, associations comme Médecins du Monde, etc.). Pour les répondants ayant déclaré ne pas avoir consulté de médecin dans l'année, deux motifs de renoncement émergent : « le coût trop élevé » et « l'absence d'assurance maladie ou de papiers nécessaires ». Le recours aux droits est donc un enjeu clé pour les personnes hébergées.

Le recours aux soins et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux

Comme précisé ci-dessus, les personnes sans domicile se soignent plus tardivement, cumulent davantage de pathologies et vivent des parcours résidentiels plus chaotiques que ceux de la population générale. Ces personnes ont dès lors un besoin de coordination thérapeutique entre intervenants sanitaires et sociaux afin de prévenir des difficultés et éviter des ruptures de soins. Cette coordination est particulièrement cruciale lorsque la personne cumule des maladies chroniques, troubles psychiques et addictions – car ces différents facteurs interagissent de façon complexe. Ces interactions ont des implications pour leurs soins. Par exemple, lorsque l'abus d'alcool relève de l'automédication, une cure de détoxification peut avoir un impact négatif – menant à des rechutes parfois dramatiques.

Le recours aux dispositifs médico-sociaux

Il n'existe pas d'estimation exacte du nombre de personnes sans domicile (dont hébergées) éligibles aux dispositifs médico-sociaux pour personnes handicapées ou vieillissantes. Cependant, au vu des diverses enquêtes à l'égard de leur santé, il est probable qu'une grande partie d'entre elles est dépendante, puisque pas autonome pour effectuer les actes de la vie courante. Cependant, une petite partie de ce public accède aux dispositifs pour personnes handicapées et vieillissantes.

Dispositifs existants

Le recours aux droits de santé

Plusieurs acteurs jouent un rôle central dans le recours aux droits de santé des personnes hébergées.

Tout d'abord, **le service public hospitalier** s'est vu confier un rôle de prévention et de lutte contre l'exclusion par la loi de lutte contre les exclusions et par la circulaire relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies². Ainsi, il doit s'exercer pleinement par la détection systématique des ruptures de droit et par leur recouvrement en urgence. Les hôpitaux sont responsables du recours aux droits des plus démunis. Comme indiqué dans le cadre des circulaires, on peut doter les hôpitaux de cellules d'accueil spécialisées ou cellules socio-administratives situées à l'entrée des hôpitaux et proches des services d'urgence qui assureront, pour toutes les personnes sans droits, un rôle de veille. Une convention – qui d'ailleurs existe déjà entre certains CHU et les CPAM (Encadré 16, page 66) – devra être signée entre ces deux structures pour permettre une ouverture des droits à la couverture santé en urgence pour toute personne ayant des droits potentiels. Un lien étroit devra exister entre le bureau des entrées, les cellules socio-administratives, le service social et l'équipe de liaison « personnes sans chez soi ». La détection des situations sera faite par le SIAO sur les urgences et par les cadres infirmiers dans les services. Les cellules doivent être mobilisables en urgence, assurer une aide dans les démarches administratives, et travailler en étroite collaboration avec le service social qui assure une évaluation globale de la situation des personnes.

L'accès à l'hygiène et à la santé est une des missions des **centres d'hébergement** et des opérateurs des logements d'insertion. Cette mission se décline en plusieurs volets, précisés dans un référentiel national :

- **Procurer un accès à l'hygiène et/ou à des soins immédiats** : des lieux proposant des douches individuelles, espaces pour se changer, vêtements propres ; la distribution de kits ou de produits d'hygiène ; l'accès à des soins immédiats, sans condition (exemple : transport et accompagnement vers la médecine de ville ou les hôpitaux, assurer le lien avec les équipes mobiles de psychiatrie).
- **Informers les personnes de leurs droits**, par exemple via les permanences assurées par des partenaires (comme la Sécurité sociale).
- **Rendre les droits effectifs** : L'aide à l'ouverture ou à la récupération effective des droits, entre autres par « *l'aide à la compréhension des démarches, des procédures et des droits ; l'aide à la constitution de dossiers ; l'accompagnement physique si nécessaire ; la mise en place de permanences par des organismes publics spécialisés (CPAM, CAF, Pôle emploi, services sociaux territoriaux, etc.)* »³.
- **Accompagner à la santé et aux soins** : « *Accompagner pour lever les freins de l'accès à la santé et aux soins* :
 - *éduquer à la santé (prévention et promotion) : animations collectives, etc.*
 - *créer le climat de confiance nécessaire à l'acceptation d'une démarche de soins ;*
 - *proposer de faire des bilans de santé renouvelés régulièrement ;*
 - *orienter et accompagner, y compris physiquement, vers des prises en charge sanitaires adaptées (psychiatrie, addictions, etc.)*
 - *offrir des lits de soins ;*
 - *assurer un suivi des personnes malades et un accompagnement de proximité dans leur traitement* »⁴.

Le recours aux soins et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux

Les **centres d'hébergement** et **acteurs de la veille sociale** ont un rôle clé dans la coordination des intervenants sanitaires auprès des personnes hébergées. De plus il existe de nombreuses initiatives visant à favoriser la coordination des professionnels sanitaires et sociaux autour des besoins de ce public :

- **L'Atelier santé ville (ASV)** est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé, dont l'objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. L'Atelier santé ville a pour vocation de participer à l'amélioration de l'état de santé des popula-

tions (en particulier des habitants des quartiers les plus défavorisés) et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (pour en savoir plus : www.plateforme-asv.org).

- **Réseaux de santé** : la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité de notre système de santé instaure les réseaux de santé. Ils consistent en une organisation qui regroupe les professionnels du champ social, du champ médical et tous les autres acteurs qui, au fil du parcours d'une personne malade, acceptent de coopérer pour harmoniser leurs pratiques afin de rendre ce parcours cohérent. L'objet des réseaux de santé est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité. Ils sont constitués entre les professionnels et établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale. Il existe désormais de nombreux Réseaux de santé (par exemple à Lille et à Toulouse) qui visent les publics les plus démunis.

Le recours aux dispositifs médico-sociaux

Les personnes sans domicile peuvent relever de nombreux dispositifs médico-sociaux. Quatre en particulier semblent particulièrement importants pour la présente étude :

- **Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)**. Les SAVS s'adressent aux personnes reconnues en situation de handicap (moteur, psychique ou sensoriel), ayant entre 20 et 60 ans, et bénéficiant d'une décision d'orientation prononcée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Leur mission implique :
 - Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence,
 - Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.
- **Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**. En plus des missions dévolues aux SAVS, les SAMSAH ont pour vocation d'apporter aux usagers des soins réguliers et coordonnés ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.
- **Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**. Pour être accueilli en Ehpad il faut avoir plus de 60 ans et être dépendant, c'est-à-dire être en perte d'autonomie. Les Ehpad proposent : un hébergement en chambre individuelle ou collective ; un ser-

vice de restauration, de blanchisserie; des activités de loisirs; une aide à la vie quotidienne assurée par des agents de service dont la présence est assurée 24h/24h; et une surveillance médicale.

- **Maison d'accueil spécialisée (MAS) pour personne handicapée.** Pour être accueilli en MAS, l'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. La MAS propose un hébergement permanent, des soins médicaux et paramédicaux, des aides à la vie courante, et des soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance de la personne.

Les personnes sans domicile peuvent, en principe, bénéficier de ces dispositifs médico-sociaux, et notamment intégrer des établissements de type Ehpad et MAS. Cependant, **ils s'en sont souvent exclus** pour plusieurs raisons:

- **Un manque de connaissance.** Les personnes sans domicile et les personnes qui les accompagnent ne savent pas toujours qu'ils pourraient bénéficier d'une place en Ehpad ou en MAS.
- **Les structures peinent à s'adapter à leur mode de vie.** Plusieurs aspects de leurs comportements peuvent mener à un refus, ou à une difficulté à les intégrer dans l'établissement: addictions, animaux de compagnie, besoin de retourner périodiquement à la rue.
- **Les personnes ne réunissent pas toutes les critères d'admissions.** Les personnes sans domicile vieillissent généralement prématurément en raison de leurs conditions de vie. En termes de dépendance, certains pourraient prétendre à une place en Ehpad bien avant l'âge de 60 ans (seuil d'accès aux Ehpad). Un assouplissement de ce critère d'entrée peut être demandé, mais cette possibilité n'est pas connue de tous.
- **Les procédures complexes et délais d'attentes** pour accéder à un Ehpad ou une MAS. Par exemple, une demande de place en MAS nécessite l'obtention d'un certificat médical et d'une validation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). L'obtention de cette validation est parfois très longue.

Pistes d'action et innovations

Favoriser le recours aux droits à la santé des personnes hébergées

Une ouverture de droits lente ou complexe peut conduire à un renoncement aux soins. Afin d'éviter ces écueils, et en cohérence avec la loi, certains ser-

vices hospitaliers ont mis en place des dispositifs pour fluidifier l'accès aux droits (Encadré 16, ci-dessous).

E16 ➤ **DISPOSITIF POUR FLUIDIFIER L'ACCÈS AUX DROITS À TOULOUSE⁵**

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, en partenariat avec le réseau de lutte contre les exclusions de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), a élaboré un dispositif favorisant un accès aux droits accéléré pour les personnes les plus démunies.

Une convention a été signée pour formaliser les modalités du dispositif entre la CPAM de la Haute-Garonne, et le CHU de Toulouse, l'hôpital Joseph Ducuing de Toulouse, et le centre de santé du centre communal d'action sociale (CCAS) de Toulouse. Cette convention prévoit une ouverture des droits en 48 heures pour les personnes ayant des droits potentiels.

Favoriser le recours aux soins et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux des personnes hébergées

Les personnes en grande précarité ayant des problèmes de santé ont besoin d'un accompagnement coordonné de la part des acteurs sociaux et sanitaires. En pratique, une incompréhension mutuelle et des modalités de travail divergentes font souvent obstacle à cette coordination. Face à ce constat, des lieux d'échange entre professionnels du sanitaire et du social se sont multipliés. Dans le cadre de cette étude, l'Ansa a identifié deux approches qui semblent particulièrement prometteuses : les stages croisés (Encadré 17, ci-dessous) et Intervisions (Fiche 4, page 93).

E17 ➤ **FORMATION-ACTION « SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PRÉCARITÉ EN TARN-ET-GARONNE^a »**

« On s'est rendu compte que les travailleurs sociaux ne connaissaient pas le fonctionnement interne des services de psychiatrie » précise Françoise Ricco, chargée de programmes de santé à la délégation territoriale Tarn-et-Garonne de l'Agence régionale de santé Midi-Pyrénées. *« Ils avaient parfois des représentations ambivalentes et parfois illusoire concernant les soins en santé mentale »* poursuit-elle. *« Inversement, les infirmiers et psychologues ne connaissaient pas bien les modes d'intervention des travailleurs sociaux. On a donc repéré le besoin d'étayer les pratiques sociales de chacun pour mieux comprendre et aider les personnes en souffrance ».*

a. Entretien téléphonique du 19 octobre 2015 avec Françoise Ricco, de la délégation territoriale de Tarn-et-Garonne de l'Agence régionale de santé Midi-Pyrénées.

C'est dans ce but que Françoise Ricco a lancé, en 2007, les stages croisés « Souffrance psychique et précarité ». Le principe des stages croisés est simple : un professionnel de la psychiatrie et un du social passent cinq jours dans la structure de l'autre. Cela permet d'échanger sur leurs connaissances et pratiques.

L'action est composée de trois temps complémentaires : la présentation réciproque, le déroulement des stages et le retour d'expériences. Depuis 2007, 15 personnes par an bénéficient de ces stages en Tarn-et-Garonne, soit une centaine de stagiaires au total. « *Les échanges continuent souvent après la fin du stage. Le stage aide les professionnels à créer un réseau et à mieux communiquer entre eux* » souligne Françoise Ricco. Soutenue par l'ARS, l'action s'étend à d'autres départements de la région intéressés par cette ouverture entre les « mondes » sanitaire et social.

Intervisions du Réseau santé-précarité de Lille (en Annexe)

Le dispositif « Intervisions », mis en place en juin 2006, réunit les partenaires du réseau dans le but de créer un espace de concertation et de répondre aux situations médico-sociales les plus complexes. 📄 (Fiche 4-projet détaillée page 93)

Les travailleurs sociaux sont généralement en mesure d'assurer le recours aux droits de santé des personnes hébergées. Favoriser le recours aux soins est, au contraire, plus difficile. Comment aborder l'état de la santé d'une personne hébergée ? Comment poser un premier diagnostic afin d'orienter la personne vers les services appropriés ? Comment accompagner la personne vers le soin sans le lui imposer ? Certains centres d'hébergement et leurs partenaires ont élaboré diverses actions pour faire face à ces situations. D'une part, certains CHRS, comme le CHRS Vie Active à Béthune, désignent désormais un travailleur social comme « référent santé ». « *Ce référent fait le lien entre le CHRS et les acteurs de la santé, tout en apportant de l'information sur les questions sanitaires à ses collègues et aux usagers du CHRS* » précise Claude Picarda, directeur de l'association^b. D'autre part, certains CHRS font intervenir des professionnels de la santé, par exemple dans le cadre **d'une équipe mobile dans la structure** (Encadré 18, page 68 ; Fiche 5, page 96), ou d'un **accompagnement pluridisciplinaire en hébergement** (Fiche 6, page 100).

b. Entretien téléphonique du 30 septembre 2015 avec Claude Picarda, Directeur du CHRS Vie Active.

E18 ➤ L'ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIQUE DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (EMRPS)

INTÉGRÉE À LA RÉSIDENCE ACCUEIL DE L'ACAL À PERPIGNAN

[Extrait du rapport de CREAI-ORS Languedoc-Roussillon]

« La résidence accueille des adultes avec troubles psychiques chroniques liés à une pathologie mentale dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective, suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif avec un accompagnement social et de soins adapté, dans une situation d'isolement social ou d'exclusion et avec de très faibles revenus.

La résidence repose sur un projet social qui s'articule autour de trois axes :

- le logement en sous-location avec le principe de logements regroupés, sans limitation de durée (modalité de résidence sociale inscrite dans le champ du logement social et relevant du code de la construction et de l'habitation : logique d'habitat durable dans un cadre de vie semi-collectif), le contrat de sous-location étant soumis au respect du contrat de soins ;
- l'accompagnement à la vie sociale par une équipe d'hôtes (présence quotidienne, animation et régulation de la vie de la résidence) ;
- un accompagnement santé au travers de l'équipe mobile du centre hospitalier spécialisé de Thuir (CHT) et des autres services du secteur psychiatrique via une convention entre l'Acal et le CHT.

L'équipe mobile psychiatrique de réhabilitation psychosociale dédiée aux résidents des Carmes (composée d'un médecin psychiatre à temps partiel, d'un neuropsychologue à temps partiel et de 2 infirmiers à temps plein renforcée par un ETP infirmier du service intersectoriel de réhabilitation psychosociale Les Aspres) :

- assure des visites à domicile pour le suivi des traitements et l'évaluation des capacités à assumer la vie quotidienne,
- réalise des entretiens d'aide, des orientations vers des structures de soins adaptés du CHT,
- maintient un lien avec les psychiatres du secteur qui suivent les résidents,
- organise des réponses aux appels des résidents et des hôtes, des soins d'urgence et de l'accueil en hospitalisation des résidents en cas de besoin.

En lien avec le tissu socioculturel comme les GEM [groupe d'entraide mutuelle] par exemple, l'accompagnement à la santé physique et psychique autour du projet de vie des résidents permet de mettre en œuvre une logique d'inclusion par et dans le logement des personnes précarisées du fait de leur handicap et rencontrant des difficultés de maintien dans le dispositif de soins sectoriels. »

Source : CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, mai 2015, Diagnostic territorial partagé 360° du sans-abrisme au mal-logement en Languedoc-Roussillon : Étude qualitative relative aux parcours de vie et à l'accompagnement des personnes hébergées présentant des problèmes de santé.

Équipe mobile en addictologie à Lyon

L'Équipe mobile en addictologie (EMA) a pour missions d'aller vers les personnes en situation de grande précarité en les rencontrant sur leur lieu d'hébergement et de vie (CHRS, foyers, etc.), mais aussi d'échanger avec les équipes assurant leur accompagnement. 📄 (Fiche 5-projet détaillée page 96)

Dispositif d'accompagnement de proximité de l'Eure (DAPE)

Le dispositif d'accompagnement de proximité de l'Eure (DAPE) vise à fluidifier l'accès au logement des personnes en très grande précarité. La majorité des personnes accueillies souffre de troubles psychiques, a des addictions et un antécédent judiciaire. DAPE propose à ce public un hébergement passerelle couplé à un accompagnement médico-social afin de préparer un projet de logement plus durable. 📄 (Fiche 6-projet détaillée page 100)

La santé est un sujet sensible. Elle renvoie à l'expérience physique et psychologique d'une personne. Il est d'autant plus sensible pour certaines personnes en grande précarité qu'elles peuvent cumuler plusieurs pathologies dont certaines ne sont pas diagnostiquées ou pas reconnues par la personne. La reconnaissance de la pathologie est pourtant généralement une condition du recours aux soins. Comment amener le sujet de la santé avec les personnes concernées ? Comment les aider à prendre en charge leurs propres problèmes de santé ?

La **participation des personnes concernées** est un levier clé pour aborder ces questions. De manière générale, le terme « participation » désigne des actions visant à donner un rôle aux individus dans une prise de décision affectant une communauté. La participation peut prendre diverses formes, allant d'instances pérennes à des actions de concertations plus ponctuelles (conférence, recherche-action, etc.). Sur les champs de la santé des personnes en situation de précarité cette participation peut se faire dans divers cadres : groupes d'usagers des services médicaux sociaux, conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), conseils de vie sociale (CVS), conseils consultatifs régionaux des personnes accueillies et accompagnées (CCRPA), etc. En plus des instances de participation, les personnes concernées peuvent également être associées directement à la mise en œuvre du dispositif en tant que travailleurs pairs. Ainsi, les usagers ont été pleinement associés au programme « Un chez-soi d'abord ».

E19 ➤ **LA PARTICIPATION DES USAGERS AU PROGRAMME « UN CHEZ-SOI D'ABORD »**

« La participation des usagers à des activités communautaires, à l'organisation des soins ou encore à la définition du programme est au cœur d'une stratégie orientée vers le "rétablissement". C'est un des éléments clés de l'expérimentation, à travers notamment la mise en œuvre de groupes d'entraide mutuelle (GEM), à travers l'implication des usagers dans les comités de pilotage et de recherche, ou encore à travers l'articulation avec le programme "médiateurs de santé-pairs" de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ce programme coordonné par le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille vise à faire intervenir dans les équipes de soins psychiatriques des usagers experts ayant une expérience de vie avec la maladie mentale. Des expérimentations réalisées dans d'autres pays européens (Danemark ou Grande-Bretagne par exemple) ont montré que cette intervention avait entraîné une meilleure adhésion aux soins des personnes suivies et un processus de réinsertion sociale, familiale ou/et professionnelle plus probant. L'expérimentation coordonnée par le CCOMS a pour objectif de tester ces hypothèses en France dans des établissements de psychiatrie volontaires ».

Source : Dihal, 2011, Programme expérimental « Un chez-soi d'abord »⁶

Favoriser le recours aux dispositifs médico-sociaux pour les personnes handicapées et vieillissantes actuellement en hébergement

Face à une population hébergée dépendante qui peine à accéder aux établissements médico-sociaux, les centres d'hébergement ont élaboré diverses initiatives, telles que des partenariats avec des Ehpad. La première étape à franchir est souvent de poser un diagnostic, à la fois du nombre de personnes hébergées relevant du médico-social et de leurs besoins (Encadré 20, page 70). *

E20 ➤ **FICHE INDIVIDUELLE DE REPÉRAGE DE PUBLICS RELEVANT DE STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES DANS LE FINISTÈRE^c**

Le porteur de projet : direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de Finistère.

Les objectifs : « Nous sommes partis du constat que certaines personnes présentes en pension de famille et en CHRS, sont en perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Les prises en charge au sein de ces structures

c. Source : Entretien téléphonique le 20 octobre 2015 avec Valérie Kalbacher, Conseillère technique en service social de la DDCS de Finistère.

ont atteint leurs limites. Ces personnes vieillissantes ou présentant (même pour certaines plus jeunes) des troubles d'ordre neurologique suite à des périodes d'addictions importantes relèvent davantage de structures médico-sociales. En l'absence de solutions adaptées à leurs problématiques, elles sont maintenues dans ces dispositifs et peuvent dans certains cas être identifiées par les équipes comme "publics à risque" » remarque Valérie Kalbacher de la DDCS de Finistère.

La DDCS s'est fixé pour objectif d'élaborer un diagnostic précis, pour pouvoir construire dans un second temps, en partenariat avec l'ARS et le conseil départemental, les leviers permettant les sorties de ces dispositifs et la prévention des situations à risque (dans le cadre du protocole *Promotion de la bientraitance*).

« Ces situations sont souvent évoquées mais leur quantification est souvent approximative et il est difficile de construire des solutions sur ces bases imprécises. Il s'agissait donc dans un premier temps d'identifier et connaître les situations d'un point de vue quantitatif et qualitatif mais également de connaître les besoins de ces personnes en matière d'orientation, les freins rencontrés en vue de ces orientations, d'évaluer les limites des prises en charge et les risques encourus » ajoute Valérie Kalbacher.

Les modalités : Une fiche de repérage individuelle de personnes relevant de structures médico-sociales a été élaborée. Cette fiche permet d'évaluer les besoins de prise en charge des personnes en termes de soins, d'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne et d'accompagnement social. Elle permet également de recueillir les besoins identifiés en matière d'orientation, les démarches engagées. En 2014 la fiche a été transmise aux gestionnaires de structure de type CHRS ou pensions de famille. Entre septembre 2014 et mai 2015, les gestionnaires ont renseigné 36 fiches.

L'analyse des fiches par la DDCS a permis d'objectiver le nombre de personnes relevant potentiellement des dispositifs médico-sociaux. Tout d'abord *« nous nous sommes rendu compte que, parmi les fiches renseignées un certain nombre de personnes relevaient davantage du soin (problématiques de santé mentale et d'addictions) que du médico-social »*.

Pour les personnes relevant effectivement du médico-social (EPHAD, FAM), les démarches d'orientation étaient rarement effectuées *« soit l'équipe (du CHRS ou de la pension de famille) ne connaît pas suffisamment l'offre ou considère cette dernière inadaptée à la problématique de la personne, soit la personne n'adhère pas à la proposition. Lorsque les démarches sont réalisées, l'établissement médico-social refuse ou n'apporte pas de réponse »* ajoute Valérie Kalbacher.

Les résultats : L'analyse individuelle des fiches a fait émerger des pistes d'actions. *« Il s'agit souvent en premier lieu de renforcer les coordinations partenariales et les*

articulations des structures avec la MDPH (par exemple pour une prestation d'aide à domicile), les organismes de tutelles et le conseil départemental (par exemple pour une dérogation des règles d'accès aux Ehpad)...» poursuit Valérie Kalbacher.

Enfin, une analyse plus transversale des fiches a permis d'identifier des premières pistes d'actions collectives. « *Nous constatons que cela ne concerne pas énormément de personnes, nous sommes davantage sur des pistes d'actions innovantes autour de petites unités* » précise Valérie Kalbacher.

La DDCS accompagne ainsi un projet de création d'une pension de famille médicalisée, en liaison avec la DT-ARS, à destination de personnes en situation de grande précarité et en perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

1. DREES, 2015, Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012.
2. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995.
3. DIHAL, 30 juin 2011, Référentiel national des prestations du dispositif « accueil – hébergement – insertion ».
4. *Ibid.*
5. Source : Girard P., Estecahandy P. Et Chauvin P., 2009, La santé des personnes sans chez soi (Annexe IV. Exemple de convention entre l'Assurance maladie et un établissement de santé pour l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies).
6. www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/presentationduprogramme-un-chez-soi-dabord.pdf

Conclusions et préconisations

Ce rapport avait pour ambition d'identifier des pratiques innovantes favorisant la prise en charge des problèmes de santé des personnes sans domicile. L'analyse documentaire et les échanges avec les acteurs ont fait apparaître les limites des dispositifs existants et les pistes d'amélioration.

Les analyses de l'Ansa soulignent tout d'abord **la gravité des problèmes de santé des personnes sans domicile** et, notamment, celles ayant un long parcours de rue. Ce public peine à faire valoir l'ensemble de ses droits de santé. Il a un recours accru aux services hospitaliers – notamment aux urgences. Se soignant souvent tardivement, il cumule généralement plusieurs problématiques de santé.

La prise en charge de la santé des plus précaires a été considérablement renforcée depuis le milieu des années 1990. L'extension de la couverture maladie a été évidemment une avancée considérable. En parallèle, **les dispositifs à destination des personnes sans domicile se sont multipliés**. De nouvelles formes d'hébergement ou de logement accompagné ont vu le jour, telles que les ACT, LHSS, LAM, et Résidences accueil. **Les actions d'aller vers ont également été renforcées**, avec l'apparition de plusieurs centaines d'équipes mobiles : Samu social, PASS Mobiles, EMPP, Équipe mobile d'aide, et aller vers des professionnels de l'addiction (CSAPA, CAARUD). Ces dispositifs apportent des réponses nouvelles à des besoins non satisfaits. En ce sens, chacun devrait contribuer à une meilleure prise en charge des personnes. Cependant, l'effet d'empilement de ces dispositifs génère également des difficultés.

Si **ces nouveaux dispositifs ont permis aux personnes sans domicile de renouer avec les services du droit commun « tout public »** ils créent également, parfois, une « filière » spécifique aux personnes sans domicile, ce qui peut renforcer leur exclusion du droit commun. Ceci explique potentiellement le faible recours du public sans domicile aux dispositifs médico-sociaux tel que les Ehpad et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), ainsi qu'à la médecine de ville. Certes, ces dispositifs « tout public » ne sont pas toujours adaptés aux besoins des personnes sans domicile. Il convient alors d'accompagner l'évolution des pratiques. L'amélioration du recours du public sans domicile à ces dispositifs de droit commun devrait ainsi prévenir des difficultés futures et réduire le recours aux services d'urgence.

→ **Préconisation 1**

Privilégier le recours aux dispositifs de droit commun et à la médecine de ville, en positionnant les dispositifs spécifiques comme un relais transitoire vers ce droit commun, et en accompagnant l'évolution des pratiques professionnelles pour mieux répondre aux besoins des personnes sans domicile.

→ **Préconisation 2**

Fluidifier l'accès aux structures médico-sociales des personnes hébergées et sans domicile par un repérage des personnes concernées, puis une transition fluidifiée et accompagnée.

Disposer d'un logement stable est une condition indispensable à la santé et à la construction d'un parcours de soins cohérent. En réalité, une grande partie des personnes sans domicile peine à accéder rapidement à un logement, et se voit parfois contrainte de rester de nombreuses années dans des dispositifs d'hébergement. Une part importante sort non pas vers un logement mais vers un autre dispositif d'hébergement, ou même vers la rue. Les dispositifs spécifiques aux personnes ayant des problèmes de santé, tels que les ACT, les LHSS, et les Résidences accueil, font face à ces mêmes difficultés. En l'absence d'une offre de logement accessible, ces dispositifs peinent à assurer un accès au logement. Il est donc essentiel **d'assurer un accès plus rapide à un logement ordinaire des personnes sortant de ces établissements, et de sécuriser les personnes ainsi logées par une coordination thérapeutique à domicile**. De plus, il est nécessaire de mieux articuler l'accompagnement vers le logement et vers les soins, notamment des personnes sans domicile ayant des problématiques graves de santé. En réunissant accompagnement, recours aux soins et accès au logement, des projets de type « Un chez-soi d'abord » apportent une réponse pertinente. Plusieurs de ces projets ont démontré leurs effets dans le cadre d'évaluations d'impact.

→ **Préconisation 3**

Faire de l'accès au logement une priorité des établissements (tels que les LHSS et ACT), et développer la coordination thérapeutique à domicile des équipes.

→ **Préconisation 4**

Favoriser l'accès direct au logement pour les personnes sans domicile, condition préalable pour un bon état de santé. En particulier, l'Ansa préconise **d'essaimer progressivement l'approche Un chez-Soi d'abord** aux métropoles et grandes villes de France, en s'appuyant sur l'expéri-

mentation Un chez-soi d'abord et d'autres projets, tels qu'Oïkeo à Bordeaux, le CHRS Hors les Murs de Visa 59 dans le Nord, ou encore Totem à Grenoble.

L'empilement des dispositifs rend parfois plus difficile l'organisation de parcours cohérent vers les soins. Cette problématique ne concerne pas uniquement les dispositifs d'hébergement, mais également des actions d'aller vers, d'accompagnement et de soins. Il est plus que jamais essentiel de mieux coordonner les actions des acteurs sociaux et sanitaires pour mieux répondre aux besoins des personnes sans domicile.

→ **Préconisation 5**

Créer les conditions de réussite d'une bonne prise en charge de la santé des personnes sans domicile, notamment en recensant les besoins des personnes et les dispositifs existants, et en instaurant un partenariat entre professionnels du social et de la santé.

→ **Préconisation 6**

Mieux articuler les actions d'aller vers (PASS Mobiles, EMPS, Samu social/Maraudes, EMPP, CAARUD, SAMSAH) et renforcer leurs capacités à suivre des personnes en structure d'hébergement et en logement, par exemple par la création d'instances d'échange entre professionnels (à l'instar des commissions techniques d'urgence dans la Seine-Saint-Denis) ou de plateformes d'accompagnement territorialisées.

Les personnes sans domicile sont souvent confrontées à **des services de soins peu adaptés à leurs besoins**. Par exemple, le sevrage est encore au cœur du traitement des personnes alcoolodépendantes, alors qu'une approche par la réduction des risques peut se révéler mieux à même de stabiliser la situation des personnes. Il semble donc essentiel de faire évoluer ces pratiques afin de mieux répondre à la réalité des besoins.

→ **Préconisation 7**

Pour le traitement des addictions à l'alcool et aux drogues, favoriser **les approches tournées vers le « rétablissement » et la « réduction des risques »**.

Enfin, la santé est un sujet sensible et intime, difficile à aborder pour les travailleurs sociaux des centres d'hébergement. Du fait des troubles psychiques et d'addictions, certains sans domicile peuvent avoir une expérience du monde altérée, parfois difficile à appréhender pour les travailleurs sociaux. Afin de mieux comprendre leurs besoins et d'adapter l'accompagnement

proposé, les acteurs de terrain mobilisent de plus en plus les personnes concernées, notamment en ayant recours à la pair-aidance. Cette approche a commencé à faire ses preuves dans le cadre du dispositif « Un chez-soi d'abord ». L'Ansa préconise donc de renforcer cette participation des personnes, notamment par le recrutement de travailleurs-pairs.

→ **Préconisation 8**

Faire **participer les personnes concernées** aux dispositifs qui les concernent, entre autres par le recrutement de travailleurs-pairs, par exemple au sein des équipes pluridisciplinaires (Un chez-soi d'abord, EMPS, EMPP) et d'accompagnement (CHRS, etc.). *

Fiche 1

L'équipe mobile de santé globale d'Adages

- > **Public cible** Personnes sans domicile fixe
(à la rue, hébergées)
- > **Problématiques de santé ciblées** Troubles psychiques
Maladies chroniques
Addictions
- > **Lieu d'implantation du projet** Métropole de Montpellier
- > **Date de démarrage du projet**..... 2000
- > **Nombre de bénéficiaires** 617 personnes rencontrées en 2014
- > **Partenaires associés** Centres d'hébergement,
collectif montpelliérain Santé précarité,
le Samu social, le SIAO.

Le projet en quelques lignes

« C'est une présence médicale et paramédicale sur une dizaine de sites des opérateurs de Montpellier participant à la veille sociale et inscrits dans l'action, la possibilité pour toute personne en difficulté de santé, à la rue ou hébergée temporairement, de rencontrer l'équipe mobile des infirmiers pour un soutien, un accompagnement ciblé et une aide relationnelle et psychologique^a. »

Les constats de départ

« Le projet a été financé par la DDASS de l'époque » explique Claire Pollart directrice du CHRS Regain, qui est en charge de l'Équipe mobile de santé globale. « Il y avait l'Équipe Mobile Psychiatrie, et l'équipe mobile addictions-CAARUD ». L'idée de l'équipe mobile de santé globale était d'aborder les problématiques de santé dans leur globalité. L'équipe est dans une démarche d'aller vers les personnes en difficulté de santé n'ayant plus ou pas le désir et la capacité de demander de l'aide, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

a. CreaiORS Languedoc Roussillon 2015 - étude commandée par la DRJSCS pour le Diag 360 : « Etude qualitative relative aux parcours de vie et à l'accompagnement des personnes hébergées présentant des problèmes de santé ».

Public cible

Des personnes en situation d'urgence sociale et/ou de difficulté de santé (accueil de jour, hébergement d'urgence, etc.) mais aussi des personnes déjà hébergées en centre de stabilisation ou d'insertion en difficulté de santé. Les principales pathologies rencontrées sont : les problèmes psychiques (anxiété sévère, souffrance, maladie), les problèmes d'addictions et les maladies chroniques (diabète, affections cardiovasculaires, gastroentériques, etc.). Un important travail est mené pour développer la prévention (dépistage, évaluation santé) et l'accompagnement vers l'accès aux soins.

Objectifs

Les personnes reprennent ou entament une démarche de soin, soit par une aide et un accompagnement spécialisé, soit à partir d'une information et d'une animation de groupe ciblées sur des thèmes récurrents de santé publique.

Les modalités du projet

L'équipe mobile de santé globale est composée de 1,5 équivalent temps plein (ETP) partagé entre 4 infirmiers, et d'un tiers d'ETP de médecin-psychanalyste.

L'action des **infirmiers** se centre autour de **12 permanences** par semaine, chacune sur un lieu différent – essentiellement des centres d'hébergement. Lors de ces permanences, les infirmiers proposent des bilans de santé, des soins primaires, du dépistage et des orientations ou la mise en relation avec des réseaux humanitaires de soins gratuits, de praticiens sensibilisés de la médecine libérale ou de l'hôpital. La coordination entre les différents médecins, la cohérence entre les démarches de soins est aussi importante. Plus globalement, « *les infirmières ouvrent un espace où les personnes peuvent parler de leurs problèmes de santé* » souligne Claire Pollart. Ainsi, les infirmiers offrent leur aide et une écoute favorable à l'élaboration ou à la reprise d'un projet de soins. « *Le cadre des permanences est défini dans une convention passée avec chaque structure, définissant les objectifs, les temps de permanence, etc.* » précise Claire Pollart.

En plus des permanences, les infirmiers aident les travailleurs sociaux des structures à prendre en compte des problèmes de santé des personnes hébergées. Cet appui se traduit par des réunions de synthèse sur les situations des personnes hébergées, mais également par des échanges téléphoniques en cas de besoin.

Initialement, le **médecin psychanalyste** a porté un soutien aux infirmiers sur les souffrances psychiques des personnes rencontrées. Depuis plusieurs années elle a développé d'autres actions dans les structures d'hébergement. Premièrement, elle apporte de l'aide directe aux personnes hébergées, par exemple sous forme

d'entretiens de soutien. Deuxièmement, elle apporte un soutien aux professionnels des structures sur l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques. Troisièmement, elle met en place des actions collectives, allant d'un projet de théâtre forum à l'élaboration d'un film sur la santé et la précarité. Ses interventions portent principalement sur les problématiques psychologiques et non pas psychiatriques.

Au cours des années, l'équipe a construit des partenariats opérationnels favorisant le recours aux droits de santé et aux soins :

- chaque infirmier effectue des permanences dans 2 à 3 structures. « *Le fait d'aller là où est le public permet de s'adapter – les infirmiers vont avoir un carnet d'adresses adapté au public accueilli* » constate Claire Pollart. « *Ils mettent en place des partenariats adaptés au public, par exemple avec la PMI pour les mères isolées* » ;
- pour accélérer l'ouverture des droits à la santé, l'équipe a signé des conventions avec la CPAM. « *Ça marchait très bien, les dossiers étaient faits en une semaine* » souligne Claire Pollart ;
- afin de favoriser les recours aux soins, l'équipe a également signé des conventions partenariales avec la PASS et Médecin du Monde, qui dispensent des consultations gratuites.

Plus globalement, l'équipe de santé globale participe aussi aux réunions santé-social animées par le collectif montpelliérain santé-précarité. Cette équipe a aussi co-porté un diagnostic santé-précarité en s'impliquant au sein du sous-groupe santé du SIAO, veille sociale, urgence, insertion.

Résultats du projet

- L'équipe n'a pas fait l'objet d'une évaluation externe. Cependant, l'équipe dispose des données de suivi. En 2014, l'équipe a rencontré 617 et dispensé 1 798 entretiens. Selon Claire Pollart « *l'équipe aide à réduire le recours aux services d'urgence et favorise le recours aux soins de droit commun* ».

Aspects innovants

Claire Pollart souligne trois aspects innovants du dispositif :

- « **La prise en charge de toutes les problématiques de santé** – sauf des troubles psychiatriques, qui sont pris en charge par l'UMIPPP, antenne mobile de psychiatrie.
- **La spécialisation de chaque infirmier sur des structures**, et donc des publics, ce qui facilite la création de multiples partenariats autour des besoins spécifiques des publics (violences conjugales, migrants, sortants de prison, jeunes, personnes isolées, familles, maîtrise de la langue française, etc.).

- **La régularité des permanences**, des mêmes infirmières sur les mêmes structures, ce qui favorise le développement des liens de confiance entre l'infirmière et les personnes concernées, les travailleurs sociaux ainsi que les partenaires autour de l'établissement. »

Les difficultés rencontrées

- Selon Claire Pollart, **l'équipe rencontrée peine à accompagner certains publics vers les soins**: « D'une part, il y a les personnes sans réels droits, ou avec des droits minorés. D'autre part, il y a des personnes qui cochent plusieurs cases, par exemple une personne vieillissante, handicapée avec une addiction (qui relève a priori des SAMSAH- SAVS, Ehpad, etc.) : cela rend l'orientation difficile. »
- **Les moyens de l'équipe sont également insuffisants pour subvenir aux besoins** selon Claire Pollart: « On ne peut pas répondre à toutes les demandes pour la métropole de Montpellier. En plus on aimerait asseoir une meilleure présence dans les structures sur lesquelles on intervient déjà. Donc on demande le doublement d'effectifs. »

Aspects budgétaires

>Coût moyen annuel<

120 000 euros par an

>Source de financement<

Agence régionale de santé dans le cadre du PRAPS

📧 Contact

CLAIRE POLLART, directrice adjointe du pôle social de l'Adages chargée de Regain,
06 70 92 02 87, c.pollart@adages.net

 Fiche 2

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)

- > **Public cible** « Grands exclus »
- > **Problématiques de santé ciblées** ... Troubles psychiques sévères
- > **Lieu d'implantation du projet** Lille, Marseille, Paris, Toulouse
- > **Date de démarrage du projet**..... 2011
- > **Nombre de bénéficiaires** 353 personnes entre 2011 et 2015
- > **Partenaires associés** Au niveau national, la Direction générale de la santé et la Direction générale de la cohésion sociale, DHUP, DSS, DGOS, CNAMTS.

Le projet en quelques lignes

Il s'agit d'un programme national mis en œuvre par l'État sur 4 sites (Paris, Lille, Marseille, Toulouse). Sur chaque site, 100 personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques sévères (notamment psychose, bipolarité) sont, si elles le souhaitent, orientées directement vers un logement ordinaire moyennant un accompagnement pluridisciplinaire soutenu.

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » comporte un important volet évaluation et recherche, qui a pour objectif de montrer l'utilité du programme pour les personnes concernées et le coût-efficacité pour les institutions sanitaires et sociales par rapport aux modes de prise en charge classiques.

Les constats de départ

Le 8 janvier 2010, les docteurs Vincent Girard, psychiatre de rue à Marseille, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin ont remis à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, et Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du Logement et de l'Urbanisme, un rapport sur la santé et l'accès aux soins des personnes « sans chez-soi ». Ce rapport constate qu'en France, près de 30 % des 100 000 personnes vivant durablement à la rue souffrent de troubles psychiques graves^b, tels que la schizophrénie, et que leur espérance de vie est de 30 à 35 de moins que la popula-

b. « La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Ile-de-France », Laporte A., Le Méner E., Chauvin P., *La lettre de l'Observatoire* n 5, septembre 2010.

tion générale du fait d'un manque de soins et de conditions de vie dramatiques et violentes^c. Faisant suite à ce rapport, le gouvernement a retenu la proposition d'expérimenter en France un programme de type « housing first ». Déjà expérimenté aux États-Unis depuis les années 1990 et au Canada plus récemment, ce type de programme a permis d'obtenir des résultats concluants : 80 % des personnes restent dans leur logement après 4 ans, leur qualité de vie et leur santé s'améliorent, et des économies sont réalisées par la collectivité.

Public cible

Personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques sévères, d'addiction et ayant des besoins élevés d'accompagnement.

Objectifs

- Permettre à des personnes sans-abri atteintes de pathologie(s) mentale(s) d'accéder directement depuis la rue à un logement et de s'y maintenir, moyennant un accompagnement social et médical adapté.
- Tester si ce programme est transposable dans le contexte français.
- Évaluer l'efficacité de « Un chez-soi d'abord » en comparaison avec les offres sanitaires et sociales habituelles pour ce public spécifique.

Les modalités du projet

L'expérimentation repose sur :

- **Le modèle du « logement d'abord »**, autrement dit sur la priorité accordée à l'accès à un logement autonome en diffus dans la cité. Cela signifie tout d'abord qu'il n'y a pas de passage obligatoire par l'hébergement (structure collective ou statut d'hébergé) dans la prise en charge des personnes sans-abri ; l'accès au logement se fait directement depuis la rue. Cela signifie de plus que l'accès à un logement ordinaire de droit commun est considéré comme la condition préalable à l'engagement dans les soins et à un parcours d'insertion pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Cela signifie enfin mettre en place les conditions nécessaires au maintien dans le logement moyennant un accompagnement soutenu.
- **Les soins orientés vers le « rétablissement » (« recovery oriented care »)** : La stratégie de soins mise en œuvre dans le cadre de l'expérimentation se réfère au concept de « rétablissement » (recovery). Développé aux États-Unis à partir

c. DIHAL, octobre 2014, *Une nouvelle réponse à la prise en charge des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques*.

des années 1970, ce concept est né d'abord d'une revendication des malades eux-mêmes qui luttent pour accéder à une citoyenneté pleine et entière^d. Le programme « Un chez-soi d'abord » en est une déclinaison, autour des problématiques particulières des personnes sans « chez-soi ». Il s'agit de partir du choix de la personne concernée, de s'appuyer sur ses compétences et de reconnaître son rôle d'expert vis-à-vis de sa propre maladie. Des équipes d'Un chez-soi d'abord en France ont adopté cette approche, traduite entre autres dans des plans de rétablissement des personnes accompagnées.

Sur chacun des quatre sites, le programme est mis en œuvre dans le cadre d'une co-gestion par des structures associatives et hospitalières, en lien très étroit avec les préfetures, les directions départementales de la cohésion sociale et les agences régionales de santé. Les collectivités locales, les acteurs du logement et le tissu associatif sont également associés. Les quatre sites respectent un cahier des charges commun, élaboré par la Dihal et les administrations centrales en charge du pilotage :

- **un accès direct au logement depuis la rue**, sans condition de traitement ou d'abstinence et sans passer par l'hébergement. Cet accès est possible même pour les personnes sans revenu à leur entrée car les opérateurs associatifs assurent le paiement du loyer via le dispositif Solibail en attendant l'ouverture des droits. Une demande d'APL est faite dès l'entrée dans le logement. Elle est versée rétrospectivement pour le mois suivant la demande. La personne dès qu'elle a accès à des ressources doit payer le résiduel de loyer. Celui-ci ne doit pas dépasser 30 % des ressources ;
- **une formule de location/sous-location du logement qui sécurise bailleur et locataire** : le programme garantit au bailleur le paiement du loyer dans les temps, la remise en état de l'appartement si nécessaire. Ce volet du projet est mis en œuvre par un opérateur spécialisé dans la gestion locative adaptée aux personnes en situation de précarité ;
- **un accompagnement pluridisciplinaire des personnes** : *« Les équipes rassemblent aussi bien des professionnels de santé (psychiatre, addictologue, généraliste, infirmier) que des intervenants sociaux, des spécialistes du logement ou encore des "médiateurs de santé-pairs" qui ont eux-mêmes connu la rue ou la maladie mentale et apportent leur savoir issu de cette expérience. L'accompagnement englobe tous les aspects de la vie (santé, logement, emploi, citoyenneté) et vise à rendre les personnes actrices de leur rétablissement. »^e*

d. Le concept est aujourd'hui devenu outre-Atlantique, par le biais de chercheurs, des soignants et des décideurs politiques, une nouvelle façon d'organiser les soins dans le champ de la santé mentale.

e. Dihal, octobre 2014, *Une nouvelle réponse à la prise en charge des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques*.

- **un accompagnement intensif**: Les équipes effectuent au moins une visite par semaine au domicile de la personne. Le ratio professionnel/bénéficiaire est élevé (1/10), ce qui permet d'offrir une forte intensité de services (jusqu'à 2 rencontres par jour, 6 jours/7, 12 heures par jour, ainsi qu'une disponibilité 7jours/7, 24h/24 via un système d'astreinte pour les crises et les urgences).

Pascale Estecahandy, coordinatrice nationale du programme, insiste sur le fait que la mise en œuvre du projet repose sur plusieurs conditions^f:

- *« Il faut que l'ensemble des professionnels soient formés au rétablissement, à la promotion de la santé mentale, à la réduction des risques et à travailler dans le respect de choix... »*
- *les personnes qui sont restées longtemps à la rue n'ont pas l'habitude de payer un loyer, donc on essaie d'automatiser et de simplifier au maximum le paiement du loyer, par des prélèvements automatiques. Certaines personnes si elles l'acceptent, sont aussi sous tutelles ou curatelles, ce qui réduit les risques d'impayés.*
- *Il faut qu'il y ait une grande réactivité dans les situations, donc encore une très bonne communication entre l'équipe de gestion locative et l'équipe dédiée qui intervient à domicile.*
- *Les interventions à domicile doivent se faire en binôme car cela permet d'avoir un double regard sur la situation.*
- *Il faut qu'il puisse y avoir des relogements rapides, souvent ils ont dit « oui » au premier logement proposé car ils étaient à la rue, on ne refuse pas un « cadeau », mais parfois ils ne sont pas bien dans le logement. La réactivité dans le logement est très importante pour ne pas laisser les situations s'enliser.»*

Résultats du projet

Une évaluation scientifique est couplée au programme: sur chaque site, alors que 100 personnes bénéficient de l'accès direct au logement (le groupe test), 100 autres personnes (le groupe témoin), également suivies par l'équipe de recherche, bénéficient des services classiques, ce qui permet une comparaison précise des prises en charge et des bénéfices respectifs.

Après 12 mois d'inclusion dans le programme, et pour l'ensemble des bénéficiaires des quatre sites, les **résultats en matière d'accès et de maintien dans le logement sont très positifs**^g:

f. Source : Entretien téléphonique le 2 novembre 2015 avec Pascale Estecahandy, Coordinatrice nationale du programme Un chez-soi d'abord à la Dihal.

g. Source : *Point sur les résultats actualisés de la recherche quantitative*, Cinquièmes journées des acteurs du programme Un chez soi d'abord, Avignon, 14 et 15 octobre 2015.

- 353 personnes ont été sélectionnées pour bénéficier de l'intervention « Un chez-soi d'abord », dont 16 n'ont finalement pas accédé à l'intervention ;
- 337 personnes ont donc accédé à l'intervention et à un logement. « **Environ 9 bénéficiaires sur 10 ont accédé à un logement du parc privé** » précise Pascale Estecahandy. En moyenne, ces personnes ont accédé à un logement 28 jours après leur inclusion dans le programme ;
- 328 de ces personnes étaient toujours suivies en logement après 12 mois, soit 92 % des 353 personnes sélectionnées, et 97 % des personnes ayant réellement accédé à l'intervention.

Après 12 mois, **le dispositif semble également avoir des effets positifs en matière de recours aux soins :**

- **Une baisse d'hospitalisations, qui est comparable à la baisse pour le groupe témoin :** Dans l'année précédant leur inclusion dans le programme 215 (62 %) des bénéficiaires d'Un chez-soi d'abord ont été hospitalisés. Après 12 mois, ce chiffre passe à 92 bénéficiaires (36 %), soit une baisse de 58 %. Cette baisse est comparable à celle du groupe témoin (-55 %) qui passe de 193 (60 %) à 86 (39 %).
- **Mais une réduction notable de la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les bénéficiaires d'Un chez-soi d'abord,** chez qui cette durée baisse de 32 à 25 jours (-212 %), alors que pour le groupe témoin cette durée augmente, passant de 30 à 44 jours (+47 %).
- **Les coûts de soins évités :** les durées moyennes de séjour entre les deux groupes sont quasiment divisées par deux après 12 mois dans le programme. Ces coûts de soins évités vont générer des économies globales que l'étude coût/efficacité, qui sera publiée fin 2016, permettra de préciser.
- Enfin, les bénéficiaires d'Un chez-soi d'abord voient également **des évolutions plus positives que le groupe témoin sur le plan psychologique et émotionnel :** « *Une diminution des symptômes cliniques déclarés, une amélioration de leur qualité de vie (bien-être psychologique, estime de soi, etc.) et de leur rétablissement notamment sur les dimensions de la confiance en soi* »^h.

Une étude d'impact est en cours. D'ores et déjà, le bilan 2015 produit par la DIHALⁱ sur l'analyse de l'activité des quatre équipes montre que :

- Sur les 353 personnes intégrées dans le programme « Un chez-soi d'abord », 91 % (hors les 8 % de personnes décédées), sont toujours accompagnées par

h. Source : Pr Auquier, Université Aix-Marseille - Comité de pilotage national du 17 novembre 2015 - Programme « un chez soi d'abord » - DIHAL.

i. Bilan d'activité 2015 - DIHAL - « Un chez soi d'abord ».

les équipes. Entre 2011 et fin 2015, seules 24 personnes (soit 7 % de l'effectif) ont été perdues de vue (la plupart ayant quitté la région).

- Concernant le maintien dans le logement, 88 % des personnes accompagnées sont logées. Les ruptures sont dues soit à des incarcérations longues, à des périodes d'attente d'un nouveau logement ou à des déménagements temporaires hors de la ville.
- Sur le plan du suivi médical, 85 % des personnes ont un suivi auprès d'un médecin traitant et 70 % ont un double suivi associant médecin traitant et service de santé mentale.
- L'acceptation de la maladie, la meilleure connaissance des symptômes et l'observance des traitements ainsi que l'engagement dans un suivi sanitaire est lié à la durée de l'accompagnement. Sur les quatre ans, les équipes notent un nombre moins important de ruptures ou de situations de crise et, quand celles-ci arrivent, elles sont plus courtes, moins profondes et d'une gestion simplifiée pour l'ensemble des acteurs.
- On note pour l'ensemble des personnes une reprise de lien avec l'entourage, famille ou amis : plus de la moitié des personnes ayant des enfants les ont reçus chez elles.
- 20 % des personnes sont soit en situation d'emploi soit en formation professionnelle.

Aspects innovants

- **L'approche « logement d'abord »** du projet est encore innovante en France. Il s'agit d'un accès immédiat à un logement permanent pour les personnes sans-abri durablement à la rue et présentant des troubles mentaux, sans préalable ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances.
- **Les soins orientés vers le « rétablissement »** (« recovery oriented care ») constituent également une approche innovante de l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles de santé mentale sévères.

Les difficultés rencontrées

- *« Ce qui semble moins bien marcher sur le volet logement c'est lorsque la gestion locative pour les bénéficiaires d'Un chez-soi est éclatée au sein de l'opérateur d'intermédiation locative. Dans ce cas les locataires n'ont plus une personne qu'elles peuvent contacter et les professionnels qui s'en occupent ne sont pas forcément formés à la promotion de la santé mentale »* explique Pascale Estecahandy. *« Il faut qu'il y ait une personne dans*

l'équipe de gestion locative qui soit formée, et sache comment travaillent les autres membres de l'équipe d'accompagnement» précise-t-elle.

- «*Les bénéficiaires sont pauvres et ils sont logés dans le parc privé, donc ils ont un taux d'effort trop élevé pour leurs ressources et un reste à vivre faible*» poursuit Pascale Estecahandy. De plus «*très peu de baux ont glissé à ce stade et les personnes restent avec un statut de sous-locataires*» complète-elle. L'accès au parc social – jusqu'alors très peu mobilisé pour loger les bénéficiaires du programme – représente une piste essentielle pour réduire leur taux d'efforts et ainsi favoriser leur maintien dans le logement.

Aspects budgétaires

>Coût moyen annuel<

Environ 16 000 euros par bénéficiaire et par an^j

>Source de financement<

DGS et DGCS

📧 Contact

PASCALE ESTECAHANDY, coordinatrice nationale du programme « Un chez soi d'abord »,
01 40 81 33 95, pascale.estecahandy@developpement-durable.gouv.fr

j. Source : Entretien téléphonique le 2 novembre 2015 avec Pascale Estecahandy, Coordinatrice nationale du programme Un chez-soi d'abord à la DIHAL

Fiche 3

Oïkéo de l'association ARI

> Public cible	« Grands exclus »
> Problématiques de santé ciblées	Troubles psychiques Maladies chroniques
> Lieu d'implantation du projet	Métropole de Bordeaux
> Date de démarrage du projet.....	2012
> Nombre de bénéficiaires	67 personnes de 2012 à 2014
> Partenaires associés	Samu social, l'EMPP, CAU Leydet, Médecine de ville

Le projet en quelques lignes

Oïkeo repose sur un principe d'accès direct au logement autonome des personnes sans domicile, sans passage obligatoire par l'hébergement ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances. L'objectif est de soutenir la capacité à désirer et à entreprendre. Ainsi il s'inscrit dans des approches de rétablissement et d'« empowerment ». Le projet est géré par le dispositif ASAIS de l'association ARI.

Les constats de départ

En 2008, ASAIS engage un dialogue avec le Samu social, l'EMPP et les acteurs de l'urgence sociale autour de la prise en charge des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques avérés. Ensemble ils constatent le nombre important de ce public (150 à 200 à Bordeaux selon le docteur Gérard Bodin, médecin généraliste et directeur du Samu social^k). En termes d'hébergement, ils observent que « **les outils actuels peinent à favoriser leur sortie pérenne de la rue, leur accès et maintien au logement autonome** ».^l Pour répondre à cette problématique, ASAIS propose le projet expérimental Oïkeo, qui s'inspire des expériences nord-américaines « Housing first ».

k. La rue comme annexe de l'hôpital psychiatrique. Article paru dans Libération. 29 décembre 2008, Laure Espieu.

l. Dossier pour un programme expérimental « Oïkeo », 2011, Association ASAIS.

Public cible

Pour pouvoir participer au projet Oïkeo les personnes intéressées doivent être majeures, se trouver en situation d'itinérance, présenter des troubles de santé mentale et être désireuses de vivre en logement autonome.

Objectifs

- Favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de personnes sans chez-soi présentant ou ayant présenté des troubles psychiques.
- Soutenir la capacité des bénéficiaires à désirer et à entreprendre, en les faisant participer à la planification et la prestation de toutes les formes de soutien.
- Proposer un suivi adapté aux besoins de chaque personne mené par une équipe pluridisciplinaire, en adoptant une approche axée sur la personne et la réduction des risques.

Les modalités du projet

Le projet est organisé afin de permettre un accès rapide à un logement permanent pour les personnes sans-abri durablement à la rue et présentant des troubles psychiques. Pour ce faire, le projet s'organise autour de trois volets: l'intermédiation locative, l'accompagnement individuel et la participation des personnes concernées.

- Les logements sont captés au titre de **l'intermédiation locative** et loués selon la formule location/sous-location. Les logements du parc privé sont donc sous-loués aux bénéficiaires pour une durée de 24 à 36 mois. Au terme de cette période, les bénéficiaires deviennent, à certaines conditions, titulaires du bail.
- L'équipe, composée de cinq travailleurs sociaux spécialisés, une auxiliaire de vie sociale et une aide médico-psychologique, propose un **accompagnement individualisé**. Elle accompagne les personnes vers et dans le logement, mais également dans l'ouverture des droits, vers les services de soins, et vers un projet professionnel. Chaque bénéficiaire a un travailleur social référent responsable de l'accompagnement global. Ainsi au moins deux rendez-vous par semaine sont prévus dans le contrat d'accompagnement, un à domicile et un aux bureaux d'AS AIS. Si la personne n'est pas autonome dans les gestes de la vie quotidienne, les éducateurs peuvent également faire intervenir l'auxiliaire de vie sociale.
- La **participation** et l'implication des usagers à la gouvernance et l'évaluation du dispositif est au cœur du processus de rétablissement. AS AIS a prévu que la participation se décline à travers le conseil de la vie sociale et le comité de pilo-

tage du programme Oikeo et, également, dans la possibilité pour les personnes de s'inscrire comme bénévole dans les actions et services d'ASAI (ASAI parraine un groupe d'entraide mutuel et gère un théâtre).

Le **volet santé** de l'accompagnement est essentiel au rétablissement des bénéficiaires. Or l'équipe d'Oikeo ne dispose pas de professionnels sanitaires. L'équipe a donc construit des partenariats avec des acteurs sanitaires qui proposent des soins ou des accompagnements vers les services de soins, et en particulier :

L'Équipe Mobile Psychiatrie-Précarité : Un médecin, un psychiatre et un infirmier interviennent auprès des bénéficiaires si nécessaire. L'EMPP accompagne ensuite les personnes vers les **centres médico-psychologiques** pouvant assurer le suivi de leur traitement dans la durée. L'EMPP veille ensuite au respect des soins psychiatriques, aidant ainsi à éviter des ruptures de soins.

- La **médecine de ville** a également une place centrale dans le dispositif. *« Nous sollicitons les médecins généralistes, les maisons de santé et les cabinets d'infirmiers à proximité des logements »* explique Carl Gaudy, coordinateur du dispositif. Pour les personnes le nécessitant, des infirmiers libéraux et les médecins généralistes peuvent venir au domicile.

« Avec les médecins, les infirmiers et les CMP, nous assurons une coordination pour sécuriser la continuité des soins. Au terme de notre accompagnement et lorsqu'une équipe médico-sociale prend le relais (SAVS ou SAMSAH), nous réalisons un tuilage pendant 2 à 3 mois, nous évaluons puis, si la situation le permet, nous nous retirons » ajoute Carl Gaudy. Enfin, les professionnels d'Oikeo et de l'EMPP se réunissent tous les 15 jours. Ils échangent alors sur les personnes qu'ils accompagnent, et sur leurs stratégies d'intervention.

Résultats du projet

Entre début 2012 et fin 2014 :

- 67 personnes ont été accompagnées :
 - 44 personnes ont intégré un logement via Oikeo ;
 - 13 personnes sont en attente de captation de logement ;
 - 10 personnes sont dans une autre situation : 3 ont construit un autre projet, 2 attendent une place en maison-relais, 1 personne attend une place à l'hôtel, 1 a été exclue pour violences, et 3 sont décédées pendant l'accompagnement.
- En termes de recours aux droits et aux soins des personnes logées (44) :
 - le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé est passé de 16 à 30 personnes ;

- le nombre de bénéficiaires d'une mesure de curatelle est passé de 7 à 18 personnes;
- le nombre de personnes accompagnées par l'EMPP est passé de 13 à 19;
- le nombre de personnes ayant un médecin traitant est passé de 13 à 22;
- le nombre de personnes bénéficiant de soins d'un infirmier est passé de 0 à 9.

Aspects innovants

- **L'approche « logement d'abord »** du projet est encore innovante en France. Il s'agit d'un accès immédiat à un logement permanent pour les personnes sans-abri durablement à la rue et présentant des troubles mentaux, sans préalable ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances.
- **Le projet décline cette approche différemment que le programme Un chez-soi d'abord.** En effet, Un chez-soi d'abord dispose de professionnels sanitaires intégrés à une équipe pluridisciplinaire, alors qu'Oikeo ne compte que des professionnels sociaux. Le volet sanitaire de l'accompagnement est assuré par des partenaires de droit commun, notamment l'EMPP. *« Nous nous inscrivons vraiment dans le droit commun, l'objectif est qu'en 36 mois nous puissions évaluer quels soutiens pérennes sont nécessaires, en faire la demande puis passer le relais »* explique Carl Gaudy.

Les difficultés rencontrées

- **Les modalités de prise en charge des CMP** sont souvent inadaptées aux besoins des personnes en grande précarité. *« Par exemple, le CMP ne relance pas la personne si elle ne vient pas à son rendez-vous, il ne nous alerte pas non plus »* précise Carl Gaudy d'AS AIS, *« alors que l'EMPP nous informe et nous aide à remobiliser la personne dans les soins »*.
- **La captation des logements** a été difficile. Au lancement du projet, l'URPACT Aquitaine a été mandatée pour la captation des logements. L'URPACT est intervenue jusqu'en mai 2013. Depuis cette date, cet engagement n'a pas été renouvelé et ce travail incombe « par défaut » à AS AIS alors que, ajoute Carl Gaudy, *« la gestion locative ce n'est pas notre cœur de métier »*. AS AIS s'est organisé pour faire la gestion locative: *« Nous avons formé notre secrétaire comptable à la gestion locative et nous sommes équipés d'un logiciel ad hoc »* explique Carl. Ensuite *« c'est chaque professionnel du service qui prospecte sur les petites annonces »*. Cependant, poursuit-il, *« ce n'est pas une approche très efficace, donc depuis juin nous avons proposé à deux autres associations qui font de l'intermédiation locative (IML) de mutualiser la captation de logements. »*

Aspects budgétaires

>Coût moyen annuel<

6 753 euros par mesure

>Source de financement<

Mesures d'intermédiation locative financées par la DDCCS

✉ Contact

CARL GAUDY, Coordinateur ARI- ASAIS,

09 54 22 26 68, c.gaudy@ari-accompagnement.fr

 Fiche 4

Intervisions du Réseau santé-précarité Lille Métropole

> Public cible	Personnes précaires rencontrant des freins à l'accès aux soins
> Problématiques de santé ciblées ..	Toute pathologie
> Lieu d'implantation du projet	Métropole de Lille
> Date de démarrage du projet	juin 2006
> Nombre de bénéficiaires	37 situations ont fait l'objet d'un échange en 2014
> Partenaires associés	Tout membre du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole

Le projet en quelques lignes

Le dispositif « Intervisions », mis en place en juin 2006, réunit les partenaires du réseau dans le but de créer un espace de concertation et de répondre aux situations médico-sociales les plus complexes.

Les constats de départ

Réseau Santé Solidarité Lille Métropole a été créé en 2005 par 9 membres fondateurs intervenant sur les questions de santé des plus précaires^m. Ce réseau a trois missions :

- permettre l'accès aux soins aux personnes les plus éloignées du système de santé de droit commun ;
- assurer la continuité et la qualité des soins, par exemple par la mise en place des dispositifs lits halte soins santé (LHSS) et de lits d'accueil médicalisés (LAM) ;
- mener une mission de veille sanitaire et sociale (alertes envoyées aux tutelles, participation du Réseau à l'élaboration de plan d'organisation sociale et sanitaire).

m. L'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM AL, promoteur du Réseau), la Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation (SIAO, Samu social, 115), Médecins Solidarité Lille (MSL), l'Accueil Baptiste d'entraide pour la jeunesse (ABEJ-Solidarité), l'équipe mobile santé mentale précarité DIOGENE, le Centre hospitalier régional universitaire de Lille (CHRU), le groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), l'Union Régionale des professionnels libéraux médecins (URPS ML) et la Ville de Lille.

Dès la création du Réseau, les professionnels des secteurs sanitaire et social ont exprimé un besoin de mieux se connaître et de travailler ensemble pour débloquer des situations concrètes. Intervisions a été créée en 2006 pour apporter une réponse concrète à cet enjeu.

Public cible

Toutes les personnes en situation de précarité qui rencontrent des freins à l'accès aux soins, en raison de l'absence d'une couverture ou d'un non-recours aux soins.

Objectifs

- Décloisonner l'action sanitaire, sociale, médico-sociale et instaurer une coordination des données médicales efficace entre les partenaires du réseau.
- Améliorer ainsi la prise en charge des personnes en grande précarité et, en particulier:
 - Favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de grande précarité.
 - Améliorer la prise en charge médico-psychosociale des populations précaires et les orienter vers le dispositif de droit commun.
 - Assurer la continuité et la qualité des soins.

Les modalités du projet

Le dispositif « Intervisions Santé-Précarité » a été créé en juin 2006 puis généralisé à l'ensemble de la métropole lilloise en 2008. Il s'agit d'un espace de parole, de concertation et de collaboration mis en place toutes les six semaines (sauf en juillet et août) dans la métropole lilloise. Les Intervisions sont organisées selon un protocole.

Chaque séance se déroule durant le temps du déjeuner. « **Tout membre d'une institution partenaire éprouvant des difficultés à répondre à une situation médicale ou sociale peut solliciter l'aide du Réseau Santé Solidarité de Lille Métropole. Pour cela, il envoie un mail au Réseau, en explicitant sa demande et ses disponibilités.** »ⁿ

La semaine précédant la réunion toutes les situations font l'objet d'une réunion préparatoire. Chaque situation est discutée pendant 30 minutes et réunit entre 5 à 8 partenaires. Ce temps d'interaction permet d'apporter et de proposer une orientation, une solution à préconiser pour le patient. De plus, d'un point de vue informel, ces

n. Lazzari M., 2015, Dispositif « Intervisions » du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole : Espace de concertation pour améliorer la prise en charge médicale et psycho-sociale des personnes en situation de précarité. *Journal Resolis*.

réunions sont l'occasion également pour les partenaires de se connaître, d'identifier la personne dans chaque structure pouvant être un appui afin de s'associer et de mutualiser ses connaissances en dehors de ces Intervisions.

Résultats du projet

En 2014, ce sont 10 Intervisions qui se sont organisées autour de 37 situations complexes. Elles réunissent en moyenne entre 40 et 50 participants et ont lieu tous les mois.

Aspects innovants

- Ces rencontres permettent de décloisonner l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. Elles réunissent en effet des partenaires pluridisciplinaires. Cela permet d'apporter une réponse collective, englobant l'ensemble des domaines d'actions dans la prise en charge de la personne en situation de précarité.
- Les réunions Intervisions sont accessibles à tout membre volontaire du Réseau de Santé Lille Métropole. « *Ainsi, même ceux qui ne sont pas directement concernés par la ou les problématiques soulevées durant ce temps d'échange, peuvent participer. Chacun peut apporter son expertise, son savoir et un regard différent sur une situation donnée*^o. »

Les difficultés rencontrées

- **Aucun système de suivi n'est actuellement mis en place** pour que les membres du Réseau sachent si la situation problématique du patient s'est améliorée.

Aspects budgétaires

L'organisation des séances d'Intervention est prise en charge par le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole.

Contact

CHRISTELLE LEMAIRE, coordinatrice du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole, 03 20 51 34 16, coordination@sante-solidarite.org

o. Ibid.

Fiche 5

L'Équipe mobile en addictologie du CSAPA de Griffon

- > Public cible Personnes sans domicile
- > Problématiques de santé ciblées Addictions à l'alcool et aux drogues
- > Lieu d'implantation du projet Métropole de Lyon
- > Date de démarrage du projet..... Septembre 2010
- > Nombre de bénéficiaires 100aine de situation en 2014
- > Partenaires associés Centres d'hébergement de Lyon ;
les autres équipes mobiles de Lyon

Le projet en quelques lignes

L'Équipe Mobile en Addictologie (EMA) a pour mission d'aller vers les personnes en situation de grande précarité en les rencontrant sur leur lieu d'hébergement et de vie (CHRS, foyers, etc.), mais aussi d'échanger avec les équipes assurant leur accompagnement.

Les constats de départ

L'Équipe Mobile en Addictologie (EMA) est une des activités du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Griffon à Lyon, un établissement de l'association ARIA. Issu d'une fusion entre un CSAPA et un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en 2010, le CSAPA du Griffon est dit « généraliste ». Il concerne l'ensemble des conduites addictives, qu'elles soient relatives à l'alcool ou aux drogues. L'EMA s'inscrit dans sa mission d'aller vers et de rencontres de personnes en situation de grande précarité.

L'EMA a ses origines dans un projet d'équipe mobile en alcoologie validé en 2007 mais non financé à l'époque. Selon Olivia Krimi d'ARIA, les prémisses de l'équipe mobile ont soulevé des questions : « **Le modèle à cette époque était de faire des cures, mais les cures durent à peu près un mois. Après la cure on fait quoi ?^p** »

« Les gens ne sont pas forcément prêts à s'insérer tout seul après la cure. Il y avait donc une sensation d'impuissance. Les bénéficiaires nous disaient « je veux tout arrêter, je veux une nouvelle vie », mais beaucoup n'y arrivaient pas.

p. Entretien téléphonique le 13 octobre 2015 avec Olivia KRIMI Chef de service éducatif du CSAPA du Griffon à ARIA.

On voulait accompagner ces personnes dans la durée, mais on savait qu'on ne pourrait pas faire cela seuls, il fallait un partenariat. »

« On a fait un travail auprès des centres d'hébergement et des accueils de jour » précise-t-elle. « On a décidé de faire intervenir l'équipe mobile dans les centres d'hébergement. D'une part, le fait d'aller à la rencontre des personnes hébergées et des équipes, c'était un maillage intéressant. D'autre part, l'idée était que les CSAPA se déplacent pour les gens qui n'arrivent pas à franchir la porte du CSAPA et de pouvoir faire de la liaison. »

Public cible

Toute personne sans domicile fixe (à la rue ou hébergée) et souffrant d'addictions sur la métropole lyonnaise.

Objectifs

L'objectif est de faciliter l'accès aux soins en addictologie pour des personnes en grande précarité et de soutenir les équipes, particulièrement sur la problématique addictive souvent présente chez les résidents.

Les modalités du projet

L'équipe est composée de trois professionnels qui ont des temps dédiés à cette intervention : 0,50 ETP d'infirmière, 0,50 ETP de psychologue clinicien et 0,40 ETP de médecin addictologue. Ces professionnels ont également des temps sur d'autres activités du CSAPA, ce qui facilite des ponts entre intérieur et extérieur du CSAPA.

Les sites d'intervention de l'équipe sont multiples et orientés vers l'hébergement et la réinsertion sociale des personnes : plusieurs CHRS de l'agglomération lyonnaise, des lits halte soins santé (LHSS), un centre d'accueil et d'orientation.

L'équipe intervient de deux façons distinctes :

- Rencontrer les patients et amorcer un parcours de soins. L'équipe fait un travail d'aller vers les personnes dans les structures, permettant d'amorcer progressivement un parcours de soins ou de réduction des consommations. L'équipe rentre en contact avec les potentiels patients par deux moyens :
 - Des permanences hebdomadaires de 2 heures et 2 h 30. L'accent est mis sur un accueil « souple », non contraignant, permettant aux personnes en situation de grande précarité de pouvoir passer, rester un court instant, revenir plus tard. Le but est que ces personnes puissent se sentir libres de venir déposer des vécus difficiles liés à leur vie, incluant leur lien avec les produits psycho-actifs.

- Des temps de passage dans les institutions qui ont lieu là où il n'était pas possible d'organiser des temps d'accueil souple. L'équipe passe de manière informelle mais régulière dans les CHRS, pour tenter de discuter avec des résidents. Cette approche reste celle qui fonctionne dans beaucoup de lieux d'hébergement et qui permet de rencontrer des résidents non pas sur le postulat qu'ils consomment des produits psycho actifs (ce dont ils ne veulent généralement pas parler dans un premier temps), mais sur le postulat de l'existence d'une personnalité singulière au-delà des stigmates de la grande précarité.
- Sensibiliser les équipes des centres d'hébergement. L'équipe propose des temps de présence lors des réunions d'équipe des CHRS, une ou deux fois par trimestre, visant à évoquer les situations cliniques ou simplement les informer que l'équipe suit une personne. Les situations de débordements liées aux comportements des usagers consommateurs de produits psycho-actifs (notamment l'alcool) dans les lieux d'hébergement et accueils de jour usent les équipes socio-éducatives. La présence de l'EMA permet donc aux équipes de déposer des vécus difficiles mais aussi d'élaborer des stratégies plus en phase avec la problématique de l'utilisateur dont il est question.

Résultats du projet

L'EMA rencontre environ 100 personnes par an. Sa « file active » est difficile à évaluer, car l'équipe rencontre souvent des personnes dans le cadre d'échanges informels. Par le biais de son appui aux travailleurs sociaux des centres d'hébergement, l'équipe bénéficie indirectement à d'autres personnes sans domicile.

L'EMA dispose d'un logiciel de suivi des personnes. Cependant l'équipe n'est pas en mesure d'effectuer une évaluation quantitative des résultats de son action pour les personnes concernées. L'équipe a toutefois pu voir les effets de leurs actions *« on arrive à suivre des personnes quand elles bougent – on peut garantir une continuité de soins. Par exemple, il y a une personne qu'on accompagne qui est hébergée depuis 3 ans en CHRS qui a intégré un appartement thérapeutique relais du CSAPA »*.

Aspects innovants

« Cette action d'aller vers peut ramener les personnes au CSAPA. L'équipe mobile fait le pont entre "dedans" et "dehors" pour des personnes sans domicile et éloignées d'une prise en charge en CSAPA » précise Olivia Krimi d'ARIA.

Les difficultés rencontrées

Olivia Krimi identifie trois principales difficultés que l'équipe a rencontrées :

- « *L'aller vers est chronophage. L'équipe mobile aborde les gens en grande souffrance et en rupture, qui ne sont parfois pas conscients de leur problème. Il faut donc arriver à un accueil souple, utiliser l'humour, plusieurs modes pour que ça accroche, mais ce travail est lent* ».
- « *À la conception du projet on voulait travailler autour de la formation et la prévention mais ce travail n'a jamais été lancé* ». Les temps de travail dédiés à l'équipe mobile ne permettent pas de se situer à la fois du côté du soin, de la prévention et de la formation. Or l'équipe a été sollicitée par plusieurs CHRS pour mener des interventions collectives de sensibilisation sur les problématiques addictives. L'équipe envisage donc de poursuivre ce type d'intervention en lien avec leur lien avec le CHRS.
- Selon le CSAPA le Griffon, les activités de l'EMA « arrivent à saturation » en raison du nombre de structures au sein desquelles elle intervient – qui est passé de 4 à 12 avec les mêmes effectifs en 5 années d'existence.

Aspects budgétaires

>Coût moyen annuel<

Non précisé

>Source de financement<

Agence régionale de santé

📌 Contact

OLIVIA KRIMI, chef de service éducatif, ARIA CSAPA du Griffon,
04 72 10 13 14, o.krimi@aria-asso.fr

Fiche 6

Le Dispositif d'Accompagnement de Proximité de l'Eure (DAPE) de l'association L'ABRI

> Public cible	Personnes en grande précarité, vieillissantes, souffrant de pathologies psychiatriques et/ou sortant de détention
> Problématiques de santé ciblées	Pathologies psychiatriques Troubles du comportement Addictions Vieillesse
> Lieu d'implantation du projet	Département de l'Eure
> Date de démarrage du projet.....	Avril 2013
> Nombre de bénéficiaires	23 places pour une file active
> Partenaires associés	ARS, DDCCS, département, SPIP, Services hospitaliers, SIAO, acteurs associatifs

Le projet en quelques lignes

Le Dispositif d'Accompagnement de Proximité de l'Eure (DAPE) vise à fluidifier l'accès au logement des personnes en très grande précarité. La majorité des personnes accueillies est concernée par une pathologie psychiatrique diagnostiquée et concernée par des problématiques addictives ainsi que des antécédents judiciaires. À ce public, le DAPE propose un logement partagé, passerelle et couplé à un accompagnement médico-social global, afin de préparer un projet de logement adapté, donc durable.

Les constats de départ

Le DAPE est né de constat des acteurs institutionnels – État (DDCCS, ARS, SPIP) et conseil départemental – et de terrain, notamment les centres d'hébergement, le SIAO, les hôpitaux.

Un appel à candidatures a abouti à une réponse expérimentale visant à explorer, mesurer, qualifier le besoin et y apporter des réponses co-construites avec le secteur social et sanitaire.

Le dispositif a été conçu pour répondre aux besoins de stabilisation de trois publics cibles en situation de grande précarité.

Premièrement, explique Léonard Nzinga de L'Abri « *des patients restaient en hôpital psychiatrique pendant des périodes longues, car ils n'avaient pas de solution de logement alors que – selon les médecins – ils n'avaient pas besoin d'y rester* ».

Deuxièmement « *on avait des personnes vieillissantes hébergées dans les CHRS, qui y restaient longtemps sans projets de sortie. Elles étaient trop âgées pour rester dans les CHRS et trop jeunes pour accéder aux maisons de retraite* ».

Enfin « *des personnes sortant de détention souffrant de troubles psychiatriques et/ou des troubles du comportement refusaient les soins à la sortie* » rendant ainsi plus difficile leur réinsertion. La Direction départementale de la cohésion sociale, le conseil départemental, le SPIP et l'ARS ont donc lancé un appel à candidature visant à répondre aux besoins de ces trois publics. C'est ainsi que le Dispositif d'Accompagnement de Proximité de l'Eure de l'association L'Abri a vu le jour.

Public cible

Le projet cible trois publics en particulier :

- Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sortant du centre hospitalier de Navarre ;
- Les personnes vieillissantes hébergées en centre d'hébergement ;
- Les personnes sortant de détention ou placées sous-main de justice.

Ces trois publics présentent un point commun : il s'agit pour la plupart des personnes en situation de grande exclusion et pouvant cumuler troubles psychiques, addictions et problèmes de santé physique. Ces personnes fréquentent peu les lieux traditionnels d'exercice du travail social et du soin, qui peuvent être synonymes de confrontation au « système ».

Les données de suivi des bénéficiaires confirment le chevauchement de ces trois publics. Parmi les 48 personnes ayant intégré le dispositif entre avril 2013 et décembre 2015, 35 (72 %) ont des antécédents judiciaires, 29 (60,49 %) ont une problématique addictive active, 43 (89,5 %) sont concernées par une pathologie psychiatrique diagnostiquée et/ou des troubles du comportement associés.

Objectifs

- Fluidifier le dispositif AHI (accueil, hébergement, insertion).
- Favoriser l'accès et le maintien au logement des publics spécifiques.
- Favoriser l'accès aux soins et aux parcours de santé.

- Créer une dynamique partenariale sanitaire, sociale et médico-sociale sur le territoire afin de trouver des solutions adaptées aux problématiques des personnes.

Les modalités du projet

Le DAPE propose 23 places en 8 unités de vie, couplées à un accompagnement médico-social. Dans ces appartements sont accueillies des personnes ayant des problématiques psychiatriques (15 places), des personnes sortantes de détention (6 places) et des personnes vieillissantes (2 places).

Les personnes sont logées dans des petites unités de vie de 2 à 3 personnes pendant une durée de 6 mois renouvelable une fois. Ainsi le DAPE est conçu comme une passerelle entre la sortie d'établissement (prison, hospitalier, hébergement) et l'accès à une solution durable de logement. Cette période passerelle permet d'évaluer la capacité des personnes à récupérer leur autonomie et de retourner à la citoyenneté par la mobilisation du droit commun. Afin de respecter cette durée, la personne ou son représentant signent un contrat de résidence, définissant les modalités de prise en charge, l'accompagnement qui lui est proposé et les modalités de sortie du dispositif. Une participation financière au loyer est demandée aux personnes. Cette participation sera un des outils d'évaluation de la gestion budgétaire tout en permettant à la personne de constituer une épargne pour son futur « chez soi ». Enfin, la structure est ouverte 365 jours par an, 24h/24. Des professionnels sociaux et médicaux sont présents en journée du lundi au dimanche (de 8h à 22h) et un surveillant de nuit assure une présence sur le dispositif de 22h à 8h.

L'accompagnement médico-social global est assuré par une équipe pluridisciplinaire constituée de trois travailleurs sociaux (2,25 ETP), d'un(e) infirmier(e) (1 ETP), d'une maîtresse de maison (1 ETP), de trois surveillants de nuit (2,25 ETP), d'un agent d'accueil (1 ETP), d'un psychologue (0,50 ETP) et d'un temps de médecin psychiatre (0,10 ETP).

L'équipe propose un accompagnement global de proximité renforcé et adapté à la pathologie qui vise à :

- Aider à la réinsertion en accompagnant les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits, à la vie quotidienne ;
- Aider la personne à accepter sa maladie et l'accompagner vers l'observance thérapeutique ;
- Réaliser un suivi et une évaluation du projet de vie ;
- Aider les personnes à trouver une solution de logement ou d'hébergement durable et adaptée ;

- Aider au respect des soins : préparation des piluliers, démarches d'éducation thérapeutique, prise des rendez-vous médicaux, etc.

L'accompagnement est basé sur un travail relationnel de proximité dans tous les actes de la vie quotidienne. Cette proximité permet de mettre en place des actions qui répondent aux problématiques spécifiques de chaque résident.

Résultats du projet

Entre son ouverture au 2 avril 2013 et 31 décembre 2015, 48 personnes ont intégré le dispositif. Au 31 décembre 2015, 28 personnes sont sorties du dispositif, dont 18 ont accédé à des dispositifs ou logements adaptés :

- 13 ont accédé à un logement : 8 personnes ont pu intégrer un logement autonome de droit commun, 3 personnes dans le cadre d'un logement de transition, et 2 personnes ont pu intégrer un logement autonome associé à un soutien de l'équipe mobile de psychiatrie ;
- 2 personnes ont intégré une maison relais ;
- 1 personne a intégré un foyer logement ;
- 1 personne a intégré une résidence accueil ;
- 1 personne est en attente d'une place en Ehpad.

Le dispositif a ainsi atteint son objectif de favoriser l'accès à une solution de logement durable pour 58 % de ses bénéficiaires. Cependant certains bénéficiaires n'ont pas pu commencer leur parcours de réinsertion. Ainsi, cinq personnes ont été incarcérées à leur sortie du dispositif.

Aspects innovants

- Le DAPE propose un accès au logement associé à un accompagnement médico-psycho-social global à un public cumulant antécédents judiciaires, troubles psychiques et addictions.
- Le dispositif joue un rôle de passerelle entre des établissements et une solution de logement durable, qu'elle soit en logement ordinaire ou dans un établissement social ou médico-social.

Les difficultés rencontrées

Léonard Nzitunga a identifié trois difficultés auxquelles le projet est confronté :

- *« On doit être attentif à l'accueil des personnes sortant de détention avec des problématiques de santé pour assurer la continuité de la prise en charge. On s'est rendu compte que le collectif est difficile pour certains des*

sortants de prison. C'est pour ça que, maintenant, le médecin et un membre de l'équipe vont les rencontrer en détention en amont de leur sortie. Ensuite, on a constaté que les deux premiers mois étaient cruciaux, qu'il fallait que l'on soit très présent pendant cette période. »

- Bien que les partenaires du projet souhaitent poursuivre l'action, « **le financement de l'action est incertain au-delà de mars 2016. On revient souvent à cette question : comment passe-t-on de l'expérimentation à la pérennisation ? Comment intégrer dès le démarrage d'une action, si elle s'avère efficace, sa pérennisation ?** »

Aspects budgétaires

>Coût moyen annuel<

432 317 euros par an soit 18 796 euros par bénéficiaire par an

>Source de financement<

Agence régionale de santé et la Direction départementale de la cohésion sociale

👉 Contact

LÉONARD NZITUNGA, directeur général, Abri,
02 32 62 84 85, leonard.nzitunga@abriasso.org

Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ?

Repérage de pratiques innovantes

L'Agence nouvelle des solidarités actives

Association sans but lucratif créée en janvier 2006, l'Agence nouvelle des solidarités actives – Ansa – a pour objet de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale en mettant en œuvre des expérimentations sociales qui permettent d'évaluer l'efficacité d'une innovation avant sa généralisation. Cette pratique, associée à la mobilisation des usagers dans la construction des dispositifs les concernant, fonde l'originalité de l'association. Reconnue d'intérêt général, l'Agence nouvelle des solidarités actives intervient dans de nombreux domaines de l'innovation sociale, du plan local à l'échelle européenne.

Ses missions :

- L'expérimentation sociale : développer de nouvelles idées et tester, avec nos partenaires, les projets identifiés.
- L'accompagnement, sur le terrain, de la mise en œuvre de politiques sociales auprès de nombreuses collectivités territoriales sur des thématiques variées (Politiques territoriales d'insertion, mobilité, microcrédit personnel, accès au numérique, insertion professionnelle...).
- L'animation de réseaux d'acteurs par le partage et la diffusion d'expériences : organisation de rencontres (ateliers, mardis du génie, labos, Bar camps) et publications qui dressent l'état des savoirs et favorisent l'accès aux droits.

L'Ansa s'appuie sur ses partenariats avec l'État, les collectivités territoriales, les institutions publiques, les entreprises, ainsi que les associations engagées dans la lutte contre la pauvreté et contre les exclusions.

Agence nouvelle des

10 ans Solidarités
actives

www.solidarites-actives.com

28, rue du Sentier 75002 Paris

Tél. : 01 43 48 65 24 - Fax : 01 53 27 82 16