



Diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal-logement en Languedoc-Roussillon

**ETUDE QUALITATIVE RELATIVE AUX PARCOURS DE VIE
ET À L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
HEBERGÉES PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ**

Rapport final

Mai 2015

Valérie DESMARTIN BELARBI, *Conseillère technique CREAI-ORS LR*

Inca RUIZ, *Conseillère technique CREAI-ORS LR*

Etude commandée par la DRJSCS Languedoc-Roussillon

CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

BP 35567 – ZAC de Tournezy – 135 allée Sacha Guitry – 34072 MONTPELLIER Cedex 3

☎ 04 67 69 25 03 – Fax : 04 67 47 12 49 – Email : creaiorslr@creaiorslr.fr – Site : www.creaiorslr.fr

REMERCIEMENTS

Cette étude auprès de 12 structures d'hébergement et de logement adapté de la région et du SIAO 34 a été possible grâce à la collaboration et la disponibilité dans un calendrier contraint de l'ensemble des directions et des professionnels de ces structures, très impliqués dans cette réflexion. Qu'ils soient tous vivement remerciés pour l'accueil qu'ils nous ont réservé.

Les 24 usagers/ familles qui ont accepté de nous rencontrer, ont bien voulu prendre du temps pour évoquer leur trajectoire, leurs difficultés, leurs projets et s'interroger sur leur santé. A l'occasion de récit de vie, ils nous ont témoigné une grande confiance. Pour cela, nous les remercions vivement.

RESUME

Dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 20 janvier 2013, une démarche a été généralisée sur l'ensemble du territoire national en 2015 : élaborer des diagnostics partagés à 360° sur le sans-abrisme et le mal logement. La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale a confié au CREAI-ORS Languedoc Roussillon une mission d'étude qualitative régionale relative aux parcours de vie et à l'accompagnement médicosocial et sanitaire des personnes hébergées présentant des problèmes de santé.

A partir de douze concertations avec des professionnels de structures Accueil-Hébergement- Insertion et de logements adaptés et de vingt-quatre récits de vie de personnes accompagnées (accueillies, hébergées, en demande d'asile, en logements adaptés), cette étude vise à décrire sous l'angle d'éléments de santé les parcours des personnes, identifier les facteurs limitant dans l'accès à une prise en charge sanitaire et médicosociale et mettre en exergue les leviers de l'accompagnement en santé au sein des dispositifs et dans les pratiques partenariales.

Les préconisations et pistes d'action s'organisent autour de trois axes (balayant treize propositions opérationnelles) : prévenir les ruptures et améliorer la fluidité des parcours, favoriser l'accès aux soins en développant des solutions partagées entre le sanitaire et le social et soutenir les équipes du secteur social de l'hébergement et du logement adapté.

MOTS CLES : étude, accompagnement social, état santé, focus group, personne en difficulté, souffrance morale, CHRS, unité mobile, recommandation, aide à la décision, Languedoc-Roussillon

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
RESUME ET MOTS CLES	4
1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE	7
2. OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE	8
3. MÉTHODE	9
3.1 Méthodologie de la démarche	9
3.2 Structures concernées.....	9
3.3 Outils de recueil.....	12
3.4 Calendrier	13
4. RESULTATS	14
4.1 Usagers rencontrés, problématiques de santé et besoins potentiels d’hébergement ou de logement à partir de leurs récits de vie	15
4.2 L’orientation, le rôle du SIAO et l’admission : la place de la santé dans l’évaluation des besoins d’hébergement et de logement	17
4.3 Accès aux droits, droit à la santé et représentations des publics étrangers par les services de droit commun	23
4.4 La santé et l’accès aux soins : les accompagnements proposés pour amener les personnes accueillies vers un parcours de soin.....	27
4.5 La santé et le prendre soin de soi : la place du « care » dans l’accompagnement	38
4.6 L’insertion, l’activité et l’utilité sociale.....	41
L’insertion professionnelle.....	41
L’utilité sociale.....	42
Participation des usagers des établissements sociaux à la vie et au projet de l’établissement	43
5. LES PRECONISATIONS ET PISTES D’ACTIONS PROPOSEES	45
6. EN CONCLUSION	55
TABLE DES ILLUSTRATIONS	56
GLOSSAIRE	57

1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

Dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013, une démarche généralisée sur l'ensemble du territoire national vise à élaborer des diagnostics partagés et faire émerger des pistes d'actions dans le domaine du logement des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ces diagnostics doivent être posés au niveau de chaque département puis synthétisés au niveau régional à l'été 2015.

Une démarche expérimentale dans différents départements – dont le Gard – a permis d'élaborer une méthodologie reproductible dans les départements. Cette méthodologie est décrite dans un kit annexé à l'instruction du gouvernement aux préfets du 18 août 2014¹.

La démarche d'élaboration des diagnostics territoriaux fixe quatre objectifs :

- disposer d'une connaissance objective et partagée des besoins qui s'expriment sur un territoire et de l'offre existante destinée à y répondre (hébergement, logement accompagné et logement ordinaire accessibles ou dédiés, ainsi qu'accompagnement social) ;
- améliorer l'efficacité de l'offre existante, la réorienter et le cas échéant proposer une offre nouvelle ;
- identifier les pistes d'actions prioritaires et les initiatives locales sur lesquelles s'appuyer ;
- renforcer et renouveler la dynamique partenariale autour de ces politiques publiques.

Il est proposé que cinq thématiques structurent le diagnostic :

1. analyse des caractéristiques du territoire ;
2. analyse de l'adéquation entre l'offre et les besoins existants et à venir ;
3. analyse des parcours individuels ;
4. analyse des besoins d'accompagnement social et médicosocial ;
5. coordination des acteurs et des dispositifs.

En Languedoc-Roussillon, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) a saisi l'opportunité de compléter la structure de ce diagnostic et notamment les thèmes 3 et 4, par une étude qualitative relative aux parcours de vie et à l'accompagnement médicosocial et sanitaire des personnes hébergées présentant des problèmes de santé.

La mise en œuvre de cette démarche qualitative et sa réalisation ont été confiées au CREAI-ORS Languedoc-Roussillon.

¹ Ministère du logement et de l'égalité des territoires – Circulaire du 18 août 2014 relative à l'élaboration des diagnostics partagés à 360° - n° DGCS/SDI/DHUP/DIHAL/2014/227 – 82 p

2. OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

La démarche proposée sur la région Languedoc-Roussillon a pour objectif principal de venir compléter de façon qualitative sous l'angle d'éléments de santé, les thématiques 3 (*analyse des parcours individuels*) et 4 (*analyse des besoins d'accompagnement social et médicosocial*) retenues dans le kit méthodologique national du diagnostic territorial partagé 360 du sans-abrisme au mal-logement°.

Les objectifs principaux sont les suivants :

- décrire de façon qualitative sous l'angle d'éléments de santé les parcours de vie de personnes accompagnées par les dispositifs d'hébergement pour personnes sans-abris ou mal logées ;
- identifier les facteurs limitant dans l'accès à une prise en charge sanitaire ou un accompagnement médicosocial des personnes.
- mettre en exergue les leviers de l'accompagnement en santé proposé au sein des dispositifs et dans des pratiques partenariales avec le secteur sanitaire et médicosocial.

3. MÉTHODE

3.1 Méthodologie de la démarche

La méthodologie utilisée s'appuie sur une étude qualitative de type sociologique portant sur un groupe raisonné de structures d'accueil pour personnes mal logées ou sans abri.

Dans chacune des structures, trois entretiens ont été menés par le CREAI-ORS LR sur la base d'une trame préalablement élaborée déclinant les items à aborder :

- **un entretien semi-directif avec les professionnels** de la structure (type concertation) portant sur les conditions d'accès à une prise en charge sanitaire ou un accompagnement médicosocial des personnes accompagnées : identification de partenaires, possibilité de collaborer avec eux, facteurs facilitants, facteurs bloquants...
- **deux entretiens individuels avec des personnes accompagnées** sous forme de récit de vie permettant de faire émerger les points où se sont cristallisées les difficultés d'accès au logement de ces personnes, les facteurs qui y ont contribué et les éléments qui auraient permis de résoudre ces difficultés. Ces entretiens ont été menés auprès de personnes volontaires et repérées au préalable par les structures présentant des problématiques de santé différentes (y compris le déni et le non recours aux soins).

Au total, douze structures ont été visitées sur le territoire régional avec une attention à la répartition de ces structures par type et par localisation géographique. Ce panel a été complété par un entretien avec la coordinatrice et une chargée de mission du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation de l'Hérault (SIAO 34).

Cette démarche prend appui sur un comité technique régional des référents des pôles sociaux (DRJSCS et DDCS). Celui-ci a eu pour mission de proposer les structures rencontrées par département, valider la démarche et suivre l'avancement de l'analyse.

3.2 Structures concernées

Le choix des structures concernées a été validé par la DRJSCS Languedoc-Roussillon sur proposition de chaque DDCS et fait l'objet d'une annexe au courrier de mission adressé à chacune à la signature de M. le directeur régional de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale le 30 janvier 2015.

Tableau 1. Liste des structures d'hébergement ou de logement adapté visitées

Département	Ville	Nom de la structure	Type de public accueilli	Partenariats de la structure et dispositifs dédiés en matière de santé
AUDE	Carcassonne	Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA) – Association FAOL	Demandeurs d'asile ou déboutés	Partenariat avec : médecins libéraux de proximité, CLAT (convention), PMI et CSAPA.
		Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) – ADAFF	Tout public en difficultés	Travail de réseau avec : PMI, CMS, Point Info Famille, dispositif « Garantie jeune », CLAT, CDAG, CIDFF (bénéficiaires du RSA), Pass hospitalière psychiatrie. Travail de continuité des soins : SSIAD, Infirmiers libéraux.
GARD	Alès	Pension de famille Salvador Allende – Association La Clède	Adultes en situation de handicap psychique relativement autonomes pour vivre en logement autonome	LHSS au sein de l'association La Clède. Partenariats avec : réseau alésien Reseda, hôpital d'Alès, Centre Médico-Psychologique (CMP), ANPAA, CSAPA, LOGOS, centre thérapeutique de Blannaves.
	Nîmes	Accueil de jour - ADEJO	Tout public en difficultés	Partenariats avec : CDAG, ANPAA (CSAPA et CAARUD), LOGOS, service social du CHU, Croix rouge (et son antenne médicalisée).
HÉRAULT	Montpellier	CHRS Chauliac Rauzy - Association d'Entraide et de Reclassement Social (AERS)	Sortants de prison	Infirmière en santé globale Dispositifs ACT L'Embellie Conventions avec : Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les populations en situation de précarité (UMIPPP), PASS, ANPAA. Partenariats avec : pharmacie du quartier, infirmiers libéraux.

Département	Ville	Nom de la structure	Type de public accueilli	Partenariats de la structure et dispositifs dédiés en matière de santé
HÉRAULT	Montpellier	CHRS Regain – ADAGES	Tout public en difficultés Les animaux des usagers sont acceptés	Une plateforme composée de 7 dispositifs insertion, hébergement et soins dont : Infirmière et médecin en santé globale Lits Halte Soins Santé (LHSS) Partenariats avec : UMIPPP (convention), PASS, CLAT, planning familial, Médecins du monde, Secours catholique, réseau SPHERE, Dispensaire de l'ostéopathie, Via Voltaire, médicaux et paramédicaux libéraux, ...
		CHRS E. Bouissonnade – CCAS de Montpellier	Femmes + enfants victimes de violence	Psychologue dans l'équipe Partenariats avec : UMIPPP (convention), PASS, planning familial, PMI, hôpital, centre d'alcoologie, Arc-en-ciel.
	Castelnau-le-Lez	CHRS FARE	Jeunes hommes de moins de 26 ans	Partenariats avec : UMIPPP (convention), Zinc (Arc-en-ciel), UTDD, Planning familial
LOZÈRE	Mende	CHRS La Traverse	Tout public en difficultés	Partenariats avec : CMP (convention), PASS (convention), PMI, ANPAA
PYRÉNÉES-ORIENTALES	Perpignan	Résidence Accueil Les Carmes – ACAL	Personnes sans résidence stable avec problèmes psychiques hors parcours de soins en désocialisation chronique	LHSS Convention avec le Centre Hospitalier de Thuir : mise à disposition d'une équipe mobile psychiatrique de réhabilitation psychosociale (EMRPS), financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Partenariats avec : MAO
		Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) par le Groupement de coopération « Nostres Cases »	Mesures d'accompagnement social global pour personnes en difficultés ou sortant de foyers d'hébergement ou déclarés prioritaires au titre du droit au logement	Régulation de l'équipe par le médecin psychiatre du Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) du Centre Hospitalier (CH) de Thuir Partenariats avec : CMP, ANPAA, PMI, équipe mobile de psychiatrie ELIOS
	Fuilla	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile La ROTJA (CADA)	Demandeurs d'asile (familles avec enfants)	Infirmière en santé globale Partenariats avec : CMP (convention), PMI, SSIAD, infirmiers libéraux, ANPAA, PMI, équipe mobile de psychiatrie Thuir

3.3 Outils de recueil

La trame d'entretiens semi-directifs utilisée auprès des professionnels est organisée selon les rubriques suivantes :

- Public accompagné : description, éléments de repère et évolutions constatées ;
- Moments de bascule, de rupture dans les parcours : principales catégories de publics les plus concernées à des ruptures dans l'accès au logement ou le maintien dans le logement ;
- Problématiques de santé globale repérées par les professionnels : troubles addictifs/santé mentale, maladies chroniques/somatiques, perte d'autonomie/handicap et vieillissement, fragilité psychologique et accident de vie... ;
- Prise en charge des problématiques de santé : réponses proposées par l'organisme lui-même ou déficit pointé dans l'accompagnement ;
- Partenariat : coordination opérationnelle, lieux et outils de coopération mis en place avec les champs sanitaire, social et médicosocial pour résoudre les problèmes de santé qui impactent l'accès ou le maintien dans un logement : réponses proposées en s'appuyant sur l'environnement partenarial ou déficit pointé dans le partenariat ;
- Propositions d'amélioration et pistes d'action.

Le récit de vie des usagers volontaires s'est déroulé selon les thématiques suivantes :

- Situation actuelle de l'utilisateur rencontré au sein de la structure d'accueil : orientation par quel professionnel, pourquoi, et depuis quand ?
- Accompagnements proposés auprès des usagers rencontrés
- Repérage des ruptures dans le parcours de vie des usagers rencontrés : parcours familial, parcours professionnel, parcours scolaire et formation...
- Difficultés sur le plan santé au sens global : description et prises en charge
- Projet de vie, perspectives : besoins, relais proposé,...

3.4 Calendrier

Novembre-Décembre 2014	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Elaboration de la méthodologie ▲ Identification des structures à solliciter ▲ Réunion de cadrage avec le commanditaire (16/12)
Janvier 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Elaboration des outils (trame d'entretien) ▲ 1er comité technique (22/01) : choix des structures à rencontrer ▲ <u>Réalisation du premier entretien</u> : <ul style="list-style-type: none"> - CHRS E. Bouissonnade – CCAS Montpellier (27/01)
Février 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Lettre du directeur régional DRJSCS aux 12 structures adressée début février 2015 ▲ <u>Poursuite de la réalisation des entretiens</u> : <ul style="list-style-type: none"> - CHRS Regain – Adages Montpellier (19/02)
Mars 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▲ <u>Poursuite de la réalisation des entretiens</u> : <ul style="list-style-type: none"> - CHRS La Traverse – Mende (03/03) - CHRS AERS – Montpellier (05/03) - CADA – Fuilla (10/03) - HUDA FAOL – Carcassonne (19/03) - CHRS ADAFF – Carcassonne (19/03) - AJ ADEJO – Nîmes (27/03) - Pension de famille La Clède – Alès (27/03) - Résidence Accueil ACAL – Perpignan (31/03) - Groupement de coopération « Nostres Cases » - Perpignan (31/03) ▲ Rédaction de synthèses des entretiens
Avril 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▲ <u>Poursuite de la réalisation des entretiens</u> : <ul style="list-style-type: none"> - CHRS FARE – Castelnaud-le-Lez (9/04) ▲ 2ème comité technique (28/04) : état d'avancement de l'étude
Mai 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▲ <u>Réalisation des derniers entretiens</u> : <ul style="list-style-type: none"> - SIAO 34 à Montpellier (11/05) ▲ Analyse et rédaction du rapport
Jun 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Remise du rapport (1er/06) ▲ <u>Restitution de l'étude sous forme de synthèse</u> : <ul style="list-style-type: none"> - 26/06 en réunion de coordination régionale du Diagnostic territorial à 360° (DRJSCS, Montpellier)

4. RESULTATS

« Plus les personnes sont en situation de précarité, plus la problématique santé est présente » : tel est le leitmotiv des professionnels rencontrés dans les différents dispositifs ciblés dans cette étude en guise de premier constat.

En deuxième constat, on notera peu ou pas de professionnels « de santé » dans les structures rencontrées mais des objectifs de travail et des missions en matière d'accompagnement en santé mis en place et développés dans leur projet d'établissement : *accompagner, orienter, permettre de repérer, aider à l'ouverture des droits, mettre à disposition des conditions d'hygiène, exercer une vigilance pour le suivi sanitaire des personnes accueillies et sécuriser (besoins primaires : toit, nourriture, douche, domiciliation).*

De l'ensemble des éléments recueillis lors des entretiens menés dans les 12 structures, auprès des 24 usagers de ces dispositifs et du SIAO 34, des éléments sont récurrents d'une structure à l'autre et nous ont permis d'identifier les principaux leviers et points de blocage selon six axes transversaux :

- 1- Les récits de vie et problématiques des usagers en lien avec la santé
- 2- Admission et orientation/ rôle du SIAO : quid de la question de la santé ? Quelle place a-t-elle dans l'évaluation des besoins ? Dans la décision de l'orientation par le SIAO et de l'admission et de l'accueil ? Quels moyens pour le repérage des problématiques santé ?
- 3- Accès aux droits et système de compensation : quid des représentations sur les publics précaires par les services de droit commun ?
- 4- La santé et l'accès aux soins : Comment les structures accompagnent les personnes pour les mettre en condition pour qu'elles s'engagent dans un parcours de soin ?
- 5- La santé et le prendre soin de soi
- 6- L'activité et l'utilité sociale.

Les six axes correspondent au plan de ce rapport d'étude qui présente, pour les cinq derniers axes, les éléments exposés et discutés par les professionnels et rend compte pour chaque axe des éléments de freins et de leviers identifiés par les personnes accompagnées.

4.1 Usagers rencontrés, problématiques de santé et besoins potentiels d'hébergement ou de logement à partir de leurs récits de vie

Tableau 2. Typologie de la situation des usagers rencontrés, construite à partir de leurs récits de vie, selon leur situation et l'évaluation qu'ils font de leurs besoins (plusieurs situations possibles par usager --> ne pas cumuler les lignes)

Situation de vie	Nombre d'usagers rencontrés	Ressources principales	Problématiques majeures de santé	Besoins cités en logement
Personnes vivant dans la rue (y compris jeunes en errance) (avant hébergement ou actuellement pour les personnes accueillies en journée)	4	- Sans ressources	- Diabète + Pathologies psychiatriques + Addictions - Asthme - Accidents de la vie avec des séquelles psychologiques ou physiques	- Appartement de coordination thérapeutique (ACT) - Insertion professionnelle → Logement autonome
Sortants de prison	4	- AAH - RSA - Pension d'invalidité	- Diabète + Pathologies psychiatriques avec suivi CMP ou CH ou Clinique psychiatrique privé - Alcool + Pathologies psychiatriques avec suivi CMP ou CH	- Logement adapté pour personnes présentant des troubles psychiatriques - Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) pour personnes présentant des troubles psychiatriques - Maison relais - Chantier d'insertion + Hébergement
Sortants d'hospitalisations psychiatriques	4	- AAH - Pension d'invalidité - Pension retraite	- Pathologies psychiatriques (avec suivi CMP ou CH)	- ESAT à temps partiel pour personnes présentant des troubles psychiatriques - Structure d'hébergement adapté pour personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques - Maison relais - Logement social autonome

Situation de vie	Nombre d'usagers rencontrés	Ressources principales	Problématiques majeures de santé	Besoins
Victimes de violences intra-familiales	5	- RSA - Sans ressources	- Traumatismes psychologiques (avec ou sans suivi par un professionnel)	- Insertion professionnelle → Logement social autonome - Inter Médiation Locative (IML), baux glissants (besoin d'être accompagnées pendant un an)
Difficultés de maintien dans le logement (accident de vie, endettement financier,)	5	- RSA - Allocations chômage - AAH	- Pathologies psychiatriques (avec suivi CMP ou CH) - Alcool - Drogues illicites - Fatigue importante/Asthme	- Insertion professionnelle → Logement social autonome - Maison relais - Appartement de coordination thérapeutique (ACT)
Demandeurs d'asile Déboutés du droit d'asile Etrangers en situation administrative complexe	5	- Sans ressources - Aides spécifiques	- Troubles de sommeil - Conjoint avec des pathologies médicales importantes - Traumatismes psychologiques (avec ou sans suivi par un professionnel)	- Attente d'une reconnaissance administrative : du statut de réfugié ou d'étranger malade

Les personnes rencontrées n'ont pas le seul problème du logement à résoudre. Elles ont d'autres difficultés plus ou moins graves qui s'y ajoutent, notamment des problématiques de santé qui complexifient les accompagnements : diabète sévère, pathologies psychiatriques lourdes, addictions importantes (alcool notamment), conséquence d'un accident de travail....

La majorité des personnes rencontrées (13 personnes sur 24) sont des hommes hébergés seuls. Viennent ensuite des femmes seules avec enfants et des familles avec enfants (7 personnes). Et le reste, sont des femmes hébergées seules (4 personnes). Près des deux tiers des personnes rencontrées sont âgées entre 30 et 49 ans et un quart âgé de 50 ans et plus. Le reste est âgé de moins de 30 ans.

Le plus souvent, ce sont des personnes isolées avec peu, voire, aucun lien social extérieur (famille, entourage, amis...).

4.2 L'orientation, le rôle du SIAO et l'admission : la place de la santé dans l'évaluation des besoins d'hébergement et de logement

Le rôle du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)

Le SIAO est chargé dans chaque département d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation sociale et de les orienter vers les structures ou services les plus adéquats. Ce dispositif pour les demandeurs d'hébergement et de logement adapté- peut être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. Les cinq SIAO de la région ont été mis en place fin 2010. La circulaire du 8 avril 2010 précise les missions du SIAO ; la DRJSCS et les DDCS sont chargées de piloter leur mise en place, d'en suivre le fonctionnement et d'évaluer l'action de l'opérateur choisi dans chacun des départements.

Les modalités de fonctionnement sont différentes d'un département à l'autre. Notre étude nous a permis de rencontrer la coordinatrice et une des chargées de mission du SIAO 34 qui a été porté par le groupement de coopération sociale Gammes jusqu'en janvier 2014. A cette date, le SIAO s'est autonomisé du portage associatif initial. Une convention tripartite le lie au Conseil départemental de l'Hérault et à l'Etat.

Le SIAO 34 revient, lors de l'entretien, sur ses modalités de fonctionnement (propres à chaque SIAO) avec deux commissions territorialisées à Béziers et Sète. Il existe un dossier unique par demandeur rempli sur papier puis saisi au SIAO sur une application mise au point au niveau national (SI-SIAO). Les prescripteurs n'ont pas accès en direct à cette application (le travailleur social transmet le dossier et son évaluation sociale, et le SIAO les saisit). Le dossier est ensuite instruit en commission hebdomadaire avec un avis, une orientation vers un hébergeur ou une inscription en liste d'attente. L'élaboration du dossier unique (son contenu) est propre à chaque SIAO et un débat a eu lieu dans l'Hérault à propos des items « santé » qui doivent y figurer (notons que ces items sont pour partie différents de ceux proposés sur SI-SIAO qui a vocation à remplacer le dossier papier) : dans un volet consacré à la situation administrative du demandeur, une question renseigne *l'existence d'une couverture sociale* et une question est relative au *souhait de bénéficier d'un suivi suite à une problématique santé* et une autre aux *exigences particulières par rapport au logement en lien avec l'état de santé*. Ces éléments peuvent être complétés par le travailleur social dans la partie « ouverte » relative à l'évaluation sociale (réalisée lors du premier et souvent unique entretien) et par l'utilisateur lui-même dans l'espace consacré à ses souhaits et projets dans le cadre de la demande d'hébergement ou de logement adapté. Le contenu de l'évaluation sociale varie d'un travailleur à l'autre (il n'y a pas d'outil standardisé et partagé pour la guider).

L'existence de problèmes de santé peut être déduite en fonction du service instructeur du dossier : par exemple, la présence de problématiques de type addictions quand la demande émane de publics suivis en Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ou en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les partenaires du secteur sanitaire comme la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les cliniques et les travailleurs sociaux des établissements de santé ont bien repéré le SIAO et adressent des dossiers (une présentation du SIAO 34 a été proposée à la clinique Rech par exemple). A titre d'illustration, en 2012, sur les 1 678 dossiers traités en commission SIAO, 5,5 % des dossiers relevaient directement de problèmes de santé dans le champ de l'hébergement d'insertion. Ces repères statistiques ne tiennent pas compte des orientations en Lits Halte Soins Santé (LHSS) ou en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) qui ne passent pas en commission SIAO.

Notons que la Mutualité Sociale Agricole (MSA), le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) sont des adhérents du SIAO 34. Mais aucun professionnel issu du sanitaire ou du médicosocial ne participe à la commission d'orientation.

Les motifs de refus de la part des opérateurs (vers lesquels sont orientés les dossiers demandeurs), invoquent que très exceptionnellement la question de la santé.

Globalement les situations de blocage sont les suivantes :

- des ressortissants européens pour lesquels l'ouverture des droits est bloquée ;
- les très jeunes femmes sans ressource et sans enfant pour lesquelles il y a peu de places en CHRS ;
- et les personnes âgées qui, si elles peuvent trouver quelques places en maison relais, n'ont que peu de réponse en matière d'accompagnement à la perte d'autonomie au sein de ces dispositifs ;
- les personnes à mobilité réduite (en fauteuil) ont également très peu de places adaptées et dédiées (logement adapté).

Mais la question demeure pour l'équipe du SIAO : le dispositif Accueil hébergement insertion (AHI) est-il fait pour des personnes avec des problèmes de santé ? Faut-il envisager d'autres dispositifs plus adaptés et qui permettent d'être plus réactifs sur les propositions d'hébergement (la durée moyenne d'attente en hôtel est de trois mois, en CHRS de neuf mois pour certains publics, et c'est plus long encore en places de stabilisation)?

Pour illustrer cette faiblesse dans l'évaluation des accompagnements spécifiques en santé, des professionnels de structures hébergement rencontrés dans l'Aude nous font part d'informations manquantes lors de l'orientation du SIAO : certains dossiers sont orientés « par défaut » vers un CHRS alors que les personnes sont des sortants d'hôpital psychiatrique non stabilisés ; le recrutement d'une infirmière au SIAO 11 pourrait faciliter l'analyse de besoin d'accompagnement spécifique et aider à une orientation adaptée.

La pension de famille de la Clède insiste sur la différence à faire au moment de l'orientation en commission SIAO entre l'hébergement et le logement : l'hébergement suppose un besoin identifié et évalué en accompagnement aux actes de la vie quotidienne par des travailleurs sociaux, dans le cadre d'un travail sur un parcours d'insertion avec un projet ; le logement suppose une autonomie relative des usagers, des ressources minimales pour payer la redevance, et un bénéficiaire à vivre en semi regroupé dans une pension de famille (valorisée à 16€/jour). La circulaire propre aux pensions de famille rappelle que l'accompagnement social proposé par les hôtes est différent d'un accompagnement dans un hébergement d'insertion type CHRS. Ce qui signifie qu'il faut penser que la pension de famille peut fonctionner sans la présence des hôtes.

Il faut veiller selon les professionnels à préserver une mixité du public en pension de famille : des personnes avec mobilité ou non, avec famille ou non, actives ou non....

L'évaluation du besoin d'accompagnement spécifique santé lors de l'admission dans la structure d'accueil (hébergement ou logement adapté)

Dès la transmission du dossier SIAO, la plupart des structures abordent la question de la santé en entretien de candidature. L'accent est mis selon les publics, sur des points particuliers : la consommation de produits addictifs et l'auto évaluation de sa consommation (tabac et cannabis sont des problèmes prioritaires sur le public de jeunes hommes). Dans une structure pour jeunes hommes de moins de 25 ans comme le CHRS FARE, l'axe de l'insertion est travaillé avec un accès au Centre d'Adaptation à la Vie Active (CAVA) (deux ateliers : espaces verts/ nettoyage et entretien des locaux). Le CHRS FARE propose un bilan de santé puisque le certificat d'aptitude au travail est obligatoire en atelier : de fait, l'orientation vers un médecin traitant et la plupart du temps vers un dentiste sont priorisées.

Le principe de la résidence accueil de l'ACAL à Perpignan associe la maison relais et le service d'accompagnement pour répondre aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique (des personnes sans résidence stable avec problèmes psychiatriques hors parcours de soins, pour des publics exclus en désocialisation chronique) : l'hôpital de Thuir repère et diagnostique puis fait une demande d'admission et oriente vers le SIAO 66 (depuis 2011) qui oriente vers la résidence accueil de l'ACAL. On a là l'illustration d'un partenariat

pertinent avec une mise en commun des dossiers social et médical en commission d'admission. Puis l'équipe de réhabilitation psychosociale intégrée à la résidence accueil accompagne les résidents à la santé physique et psychique.

Au CHRS Regain, deux tiers des projets personnalisés du CHRS insertion ont une orientation santé : c'est l'infirmière de santé globale qui au moment de l'accueil rencontre tous les nouveaux résidents pour évaluer ce domaine. Le Pôle santé de l'association gestionnaire est un axe important avec un dispositif de plusieurs structures (insertion, stabilisation, urgence, LHSS, CAVA et CADA).

Pour le GCS Nostres Cases « AVDL » lors de l'admission, la mission principale est clairement indiquée aux personnes : c'est un contrat d'accompagnement social pour le logement et une aide à l'orientation vers le droit commun pour les questions de santé et d'emploi. Pour autant l'équipe AVDL a une réunion une fois par mois avec le MAO santé précarité de l'hôpital de Thuir et son médecin psychiatre pour faire le point sur les personnes en suivi et aider l'équipe professionnelle à se repérer (travail de régulation qui permet indirectement de veiller à repérer des éléments de santé et adopter une pratique professionnelle aidante).

L'association La Traverse de Mende a une particularité sur le département de la Lozère : son action porte sur tous les publics avec problèmes sociaux dans un des sept services qu'elle gère dont le CHRS. Le SIAO 48 est hébergé dans ses locaux. L'équipe rencontrée dans le cadre du CHRS observe une grande mixité des populations accueillies sur un même site en AHI et en hébergement d'urgence (HU) (sortants de prison, déboutés du droit d'asile, en parcours d'insertion, victimes de violence intrafamiliale) et souligne que le règlement de fonctionnement sur les places d'urgence s'applique de fait différemment entre les adultes isolés et les familles avec enfants. Après neuf mois en CHRS sans projet d'insertion, les personnes reviennent dans le dispositif d'urgence (il n'y a « *pas de retour à la rue en Lozère* » selon des dispositions prises en accord avec l'ensemble des décideurs institutionnels). Ce sujet de la « réorientation » par l'urgence fait « débat » au sein de l'équipe. Les usagers de la Traverse ont « *du mal* » à basculer dans le droit commun : hyper-repérés et donc stigmatisés. L'équipe s'appuie sur le soutien du CMP de Mende.

La découverte d'une problématique santé ... pas toujours adaptée aux possibilités d'accompagnement de la structure

Plusieurs équipes ont témoigné de difficultés rencontrées lorsque les problèmes de santé se découvrent ou se révèlent après l'admission.

Le défaut d'évaluation se retrouve en CHRS avec les sortants de prison : on reloge des personnes non stabilisées du point de vue de la santé mentale ou des pratiques addictives, en mobilisant les équipes éducatives et les personnes accompagnées sur un projet personnalisé. Lorsqu'elles ne peuvent tenir dans ce projet d'hébergement collectif ou diffus, elles revivent l'échec. Les professionnels nous ont décrit les effets délétères pour la santé des personnes à s'enfermer dans une « logique » de parcours avec ruptures (hébergement/crise/prison/sortie et errance aggravée). Les éléments transmis lors de l'orientation du SIAO ne permettent pas d'avoir tous les éléments de santé sur la personne : aussi certaines structures AHI ont adapté leur procédure d'admission à ce problème : par exemple, en refusant d'admettre au CHRS la veille d'un week-end (l'exemple du sortant de prison alcoolisé en refus de soins et arrivé au CHRS collectif un vendredi soir mettant le chaos dans le collectif) ...

Le CHRS Chauliac-Rauzy questionne l'orientation en SIAO et la perte de maîtrise d'œuvre des admissions : de fait les structures offriraient un service (l'insertion par le logement) et sont moins bien repérées comme proposant un travail d'accompagnement social et éducatif autour du projet de vie. La question du délai d'accompagnement en CHRS est également posée : six mois renouvelables une fois. Ainsi il arrive que l'orientation soit faite sur de l'hébergement en diffus (opportunité de place libre) alors même que la personne n'a pas la capacité de vivre ainsi, dans un premier temps. Dans le même temps, on observe des pathologies prégnantes qui rendent difficiles le levier vers le milieu ordinaire... Les questions psychiatriques (cumul avec addictions) mettent en échec des relogements extérieurs (avec des problématiques de dette, de conflits de voisinage, ...).

Au CADA de Fuilla, on constate une dégradation de l'état de santé des personnes accueillies en famille dans ce centre (des parcours de demandeurs d'asile difficiles) mais souvent la découverte de ces problèmes se fait à l'arrivée au CADA (dont l'orientation est régionale) : l'équipe attribue ainsi un hébergement en étage incompatible avec l'état de santé d'une personne du foyer. De fait, c'est le premier entretien qui permet à l'équipe -en présence d'une infirmière de santé globale- d'apprécier l'état psychologique et physique des personnes accueillies. L'infirmière de santé globale organise un temps d'entretien avec la famille nouvellement accueillie pour préparer la consultation avec le médecin traitant, la recherche de ce médecin, puis l'accompagnement physique lors de ce rendez-vous.

L'orientation en HUDA est aussi régionale : des demandes d'asile mais aussi des demandes économiques (des déboutés du droit d'asile qui demandent ensuite une régularisation

comme étrangers malades : les situations peuvent être lourdes avec des personnes en situation de handicap, avec des pathologies lourdes : cancer, myopathie, pathologie cardiaque, et chroniques comme le diabète...). Ils sont alors en hébergement d'urgence de droit commun (HUDC) car sans ressource. En cas de handicap moteur, il y a pénurie de logement adapté ou alors très éloigné des grandes agglomérations et incompatible avec leur problème de mobilité (le cas d'un enfant myopathe en HUDC depuis 2 ans et demi faute de solution). En HUDA, l'équipe fait très peu d'accompagnement physique vers le soin ; de manière systématique, elle a inscrit au contrat de séjour et dans son règlement de fonctionnement le dépistage de la tuberculose avec le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT).

L'accueil de jour de l'ADEJO à Nîmes rappelle que sa mission 1^{ère} est de proposer l'accès aux besoins primaires : manger/trouver un abri/accéder à une hygiène et être domicilié même si lors de l'entretien du SAO l'état de santé est questionné : l'équipe du Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) aide à la prise de rendez-vous et oriente si besoin et s'il y a des places vacantes en ACT. Cela est possible si la personne verbalise cette demande mais aucun accompagnement physique est proposé sur l'accueil de jour. En sortie d'hospitalisation, l'accueil de jour fait des mises à l'abri à la demande du service social du centre hospitalier de Nîmes, mais les personnes relèveraient souvent des Lits Halte Soins Santé (LHSS). Situés à Alès, l'équipe accuse de nombreux refus d'usagers malades pour se rendre là-bas : la question de la mobilité de cette population est aussi un obstacle à un accompagnement adapté.

Au CHRS spécifique E. Bouissonnade, sur les évolutions du public accueilli, l'équipe constate des demandes de femmes plus âgées (2 résidentes sur les 12 présentes au moment de l'étude) avec des éléments aggravants de la violence conjugale que sont parfois la cessation d'activité du conjoint à l'âge de la retraite, son inactivité suite à une longue maladie ; or la vocation du CHRS est d'accompagner l'insertion professionnelle donc ne peut être une réponse exclusive d'hébergement : cette situation pose la question de l'accueil des femmes victimes de violence dans des structures adaptées à leur âge (type Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes -EHPAD), d'autant que ce public arrive avec un facteur de grande précarité sociale. Notons que dans ce CHRS spécifique, l'approche santé se fait actuellement avec l'appui de la psychologue de l'équipe (en proposition d'accompagnement aux femmes accueillies et leurs enfants), avec le souhait de pouvoir renforcer cet axe d'un appui d'infirmière de santé globale.

4.3 Accès aux droits, droit à la santé et représentations des publics étrangers par les services de droit commun

Une des priorités des équipes rencontrées, quel que soit le dispositif d'accueil, est l'accès aux droits de santé pour un public avec des difficultés sociales, avec une histoire d'exclusion des systèmes sociaux, des situations d'errance, des ruptures institutionnelles qui se soldent par des ruptures de droit, du non-recours et du non accès. De nombreux obstacles ont été rapportés tant en matière d'application des droits que de temporalité.

Ainsi les délais de transfert de dossier CPAM sont plus prégnants dans certains territoires voire au sein d'un même territoire entre caisses primaires : ainsi l'absence de référent à la CPAM de Carcassonne est un frein à l'ouverture des droits alors même que la CPAM de Narbonne organisée avec une « cellule précarité » offre un suivi efficient aux travailleurs sociaux en charge de populations hébergées.

Le casse-tête de l'ouverture des droits en santé des ressortissants européens a été évoqué à plusieurs reprises : le travail se fait en partenariat avec la PASS à Montpellier. A titre exceptionnel, les structures qui en sont dotées mobilisent leurs LHSS (pour une évaluation médicale de la situation et sur le principe d'un accueil inconditionnel) et se « *dépannent* » pour la continuité de traitement avec leur pharmacie interne. En deçà d'une durée de séjour (3 mois) il n'y a pas de possibilité d'Aide Médicale de l'Etat (AME). Médecins du Monde est un partenaire associatif de premier ordre pour l'accès aux médicaments, dans l'attente de l'ouverture des droits.

Pour les personnes sans papier hors Union européenne, la situation de blocage est durable et la gestion de l'attente compliquée ; la santé en pâtit et se dégrade : sommeil altéré, angoisses, maux de ventre. Les questions de vie ordinaire sont rudes (qualité médiocre de l'alimentation ...). La situation est bloquée en CHRS et l'accès à l'Aide Médicale d'Etat, de droit et immédiate, quand il y a des enfants nés en France ou des femmes victimes de violence, s'avère, dans les faits, relever d'une procédure longue. Pour les CHRS qui accueillent des femmes étrangères victimes de violence : l'attente du premier titre de séjour pour envisager une insertion professionnelle est là encore très longue. Le temps passé au CHRS en est prolongé.

Sur les places d'urgence, les équipes ont recours à la PASS et au réseau des professionnels médicaux et paramédicaux de ville, aux pharmaciens d'officine qui acceptent d'avancer les médicaments : ces professionnels qui acceptent de soigner le public hébergé sont exposés dans le temps à un épuisement comme tous les réseaux informels.

L'accueil en CHRS collectif pour des personnes avec troubles psychiques et reconnaissance du handicap (certains perçoivent l'AAH) fait obstacle dans de nombreuses situations -en dépit de la loi- à un accès à un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes handicapés (SAMSAH) ; en l'absence de place en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et compte-tenu d'une tolérance nulle dans les établissements médicosociaux pour accepter le principe d'une « *consommation gérée* » (alcool, cannabis, ...) : il existe peu, voire pas d'issue, sur le besoin de prise en charge médicosociale adaptée. Cette situation ne permet pas suffisamment d'anticiper un accompagnement (de type SAVS par exemple ou SAMSAH) qui permettrait de travailler la transition vers un logement autonome. Des délais d'attente très longs à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) sont aussi un frein par rapport à la durée moyenne en AHI : l'instruction du dossier MDPH est en moyenne de 8 mois pour un usager en situation de handicap psychique, accueilli dans le dispositif LHSS en attente de SAMSAH..... Cette question des délais d'attente très longs pour les dossiers MDPH a une répercussion sur la mission d'insertion dans l'accompagnement en CHRS : la reconnaissance du handicap conditionne l'accès à un emploi adapté.

Des mesures de droit commun sont globalement difficiles à mettre en place en CHRS

l'accompagnement collectif comme en diffus : par exemple l'aide à domicile (Services prestataire d'Aide à Domicile (SAD), Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF)) ; il existerait une méconnaissance des missions des CHRS par les professionnels de l'aide sociale départementale (par exemple les travailleurs sociaux d'Unités Territoriales d'Actions Gérontologiques (UTAG)). On retrouve cette entrave à la mise en place de mesure de droit commun comme la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) en CHRS. Or, ce levier de l'accompagnement social personnalisé est souvent un premier pas vers une curatelle et l'accompagnement vers un logement autonome, à défaut d'appartement thérapeutique, pour des personnes en souffrance psychique sans place dans les maisons relais.

Une rigidité des circuits de la protection juridique est dénoncée : ainsi les curatelles ou tutelles sont jugées peu aidantes pour accompagner une solution de sortie du CHRS (alors même qu'en dispositif de stabilisation, une personne sur trois est sous curatelle à Regain, par exemple) ; si les équipes éducatives demandent une mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) pour la protection des majeurs vulnérables, le juge des tutelles refuse au principe qu'une MASP aurait dû être mise en place en amont.

Cette problématique de la méconnaissance des missions de l’AHI auprès des publics précaires par les opérateurs du droit commun se double dans la situation des demandeurs d’asile à des représentations erronées de cette population et une **méconnaissance là encore du droit des étrangers**, qui contraint les équipes du CADA comme de l’HUDA à accompagner, expliquer et tisser un partenariat de proximité avec les administrations (Education nationale, CPAM, CAF mais aussi CMP, services hospitaliers, Mairie ...)

→ Leviers cités par les usagers rencontrés

- **Une domiciliation-un hébergement/Mise à l’abri** : c’est le premier point positif cité par l’ensemble des usagers rencontrés « *être logé c’est primordial* ».
- **Un référent désigné pour chaque usager** : dès leur arrivée, est désigné un professionnel référent pour chaque personne ou famille accueillie et un contrat de séjour est signé. Des échanges et des entretiens réguliers (rendez-vous fixes mais également ponctuels selon les besoins) permettent aux usagers rencontrés de les aider dans leurs démarches et de les amener vers une dynamique d’insertion. « *Rendez-vous réguliers avec un professionnel référent du CHRS obligent d’avancer dans son projet* ».
- **Accompagnement systématique vers les prestations du droit commun** : aides dans les démarches administratives d’ouverture des droits qui ont été citées par les usagers rencontrés
 - **Couverture sociale** : Couverture Maladie Universelle (CMU), Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc), AME, Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), pension d’invalidité et Allocation Spécifique d’Invalidité (ASI)....
 - **Revenu minimum** : demande RSA
 - **CAF** : Aide Personnalisée au Logement (APL), demande d’inscriptions à la CAF
 - **MDPH** : demande d’une notification d’orientation vers les Etablissements et services Sociaux et Médicosociaux (ESMS), d’une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), d’une Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)...
 - **Aides juridiques** : mise en place dans certains cas d’une aide juridictionnelle, accompagnement juridique via des associations relais...

- Accès à l'éducation et à des activités sportives: inscriptions des enfants des usagers rencontrés dans les établissements scolaires, dans des associations de quartier pour les activités sportives (gratuites pour les usagers)
 - Accès aux transports gratuitement ou à tarifs réduits.
- **Aides financières et demandeurs d'asile** :
 - Pour les demandeurs d'asile accueillis en CADA, ils peuvent bénéficier d'Allocations Temporaires d'Attente (ATA) versées par Pôle Emploi.
 - Pour ceux accueillis en HUDA, sans ressources, des systèmes de compensation sont mis en place. Il a été cité une aide financière spécifique mise en place par les structures d'hébergement elles-mêmes et les agences des conseils départementaux.
- **Orientation vers des structures relais relevant du droit commun pour** :
 - des accompagnements sociaux par une assistante sociale des conseils départementaux.
 - une aide alimentaire : partenariats le plus souvent non formalisés avec des banques alimentaires (Restos du cœur, Croix rouge, Secours catholique...) et autres organismes caritatifs (Pain partagé...)
 - un accompagnement en insertion professionnelle par un professionnel de Pôle Emploi, Cap Emploi, Mission Locale d'Insertion (MLI)...
 - un apprentissage de la langue française : partenariat avec des associations spécialisées.
- **Accompagnement vers le logement** : ouverture des droits pour une demande d'un logement autonome dans le parc social, demande de Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL), baux glissants, mobilisation du contingent préfectoral - « *obtenir un numéro unique de demandeur de logement social, dépôt d'une demande pour un logement social* ».

→ Freins cités par les usagers rencontrés

Quatre freins majeurs ont été cités par les usagers rencontrés et portent sur :

- **un déficit de connaissance de leurs droits** et une méconnaissance des usagers des dispositifs existants
- **des délais perçus parfois longs dans l'instruction** de demandes administratives dans certains territoires par certains dispositifs (MDPH, Assurance maladie, CAF,...)
- **des difficultés rencontrées au niveau de la langue** : traduction parfois erronée de récits de vie pour certains demandeurs d'asile (entraînant un rejet en audience à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), par exemple), communication difficile avec des professionnels du droit commun. « *La langue, c'est difficile* »
- **des dettes importantes à rembourser notamment des dettes énergétiques et de santé** : plusieurs usagers rencontrés ont évoqué avoir des dettes importantes : des factures pour des consommations importantes d'électricité, d'eau..., des frais hospitaliers et de soins non pris en charge par la sécurité sociale.

4.4 La santé et l'accès aux soins : les accompagnements proposés pour amener les personnes accueillies vers un parcours de soin

La question de l'accompagnement vers un parcours de prévention et de soins varie selon le type de dispositifs d'accueil et d'hébergement, et selon le public accueilli.

D'une façon générale, pour les personnes les plus désocialisées, le soin n'est pas prioritaire. « *Ce n'est qu'une fois la personne posée, installée, rassurée, que le temps du soin arrive. C'est à ce moment-là que les problématiques de santé apparaissent et s'autorisent à émerger* ».

Des modalités différentes d'accompagnement vers un parcours de prévention et de soins

Conformément à leurs missions d'accompagnement vers la santé, les CHRS proposent d'accompagner les usagers vers un bilan de santé à l'accueil dans le dispositif : bilan dentaire, gynécologique ; l'examen périodique de santé de la CPAM peut être mobilisé quand les droits des personnes le permettent. La recherche d'un médecin traitant est accompagnée, y compris en présentiel au premier rendez-vous.

Pour l'HUDA et le CADA : le dépistage de la tuberculose est proposé systématiquement en partenariat avec le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) et une mise à jour des vaccinations (des enfants en particulier) est proposée même si les équipes se heurtent à des refus de certaines communautés qui s'y opposent pour motif culturel (molécules porcines dans les vaccins). Ce fait est assez nouveau et questionne les équipes sur le poids du

religieux très intriqué aux questions relatives à la santé (refus de suivi gynécologique si le personnel médical est masculin ...).

Pour l'accueil de jour rencontré à Nîmes, un entretien santé est mené par un travailleur social en SAO mais la prise en compte des problèmes de santé peut se faire si l'utilisateur verbalise la demande ; la mission première de l'accueil de jour, comme la demande prioritaire des usagers au domicile, reste : manger, trouver un abri, accéder à l'hygiène, et être domicilié pour faire valoir leurs droits. Aucun accompagnement physique vers des lieux de soins n'est possible dans le cadre des moyens alloués à l'équipe : l'accueil de jour propose, informe, sensibilise en mobilisant « *l'orientation vers* » et l'intervention sur site des partenaires. Le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) y fait une permanence bien repérée deux fois par mois (information et dépistage) mais des manquements dans la recherche des résultats de test par les usagers sont relevés par l'équipe (situation de déni, difficulté de temporalité, logique d'immédiateté et de survie, absence de souci de soi...); l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) (CSAPA et CAARUD) informe et sensibilise sur les questions des addictions prénatales dans le public accueilli. Mais sur des prises en charge en addictologie au long court, la temporalité des usagers ne correspond pas à celle de la prise en charge médicale (difficultés de ce public à la rue d'honorer les rendez-vous, de se projeter dans un futur, ...)

L'ADEJO travaille avec la Croix Rouge et son antenne médicalisée. Pour autant, de nombreuses situations relèveraient d'une orientation en LHSS. Le lien est aussi étroit avec le service social de l'hôpital pour des accueils de nuit (de type mise à l'abri) en sortie d'hospitalisation par exemple.

Pour les résidents en pension de famille, l'idée importante dans le suivi santé est bien de mobiliser les partenaires du droit commun avec le soutien du tuteur et de l'assistante sociale du secteur : le médecin traitant, les infirmiers libéraux, un Service d'aide à domicile, le SAVA (Service d'Accompagnement Vers l'Autonomie) (de l'APAJH 30) qui a souvent un suivi antérieur du résident avant son arrivée à la pension de famille.

Des prises en charge de populations / situations spécifiques

Le suivi des enfants dans les hébergements qui accueillent des familles repose sur un partenariat avec une référente puéricultrice du secteur PMI ou de la Maison sociale de rattachement (par exemple au CHRS Regain comme au CADA de Fuilla avec une consultation avancée sur le village). Cette collaboration se renforce avec un partage des évaluations sociales entre le Conseil départemental et le CHRS Regain.

La mobilisation des LHSS pour les problèmes de santé aigus : quid des personnes âgées précarisées ?

A Regain, la moitié des personnes suivies en LHSS repartent à la rue ou en nuits d'hôtel ou places de stabilisation faute de solution adaptée en particulier sur les personnes vieillissantes ; le problème majeur reste l'absence de réponse sociale en urgence pour les personnes vieillissantes. Si la pathologie est grave et chronique : le dispositif LHSS n'est pas adapté et un accord de l'ARS est nécessaire pour maintenir l'utilisateur dans le dispositif avec un signalement de mise en danger.

La solution post LHSS serait les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) sans délai de séjour, dont le département de l'Hérault est en manque de places. Cette question des usagers vieillissants se pose aussi dans des CHRS spécifiques (nous avons déjà pointé cette question soulevée au CHRS E. Bouissonnade où la demande de femmes plus âgées sans enfants questionne la vocation d'accompagnement d'un projet sans le levier de l'insertion professionnelle).

Le lieu d'implantation des LHSS est aussi discuté par les professionnels : absence de LHSS en Lozère, les plus proches sont à Millau et exigent une autonomie relative puisqu'il faut être en capacité de se lever pour prendre ses repas ; les LHSS sur le Gard sont situés à Alès et les personnes qui relèveraient de ce dispositif à l'accueil de jour de Nîmes refusent de s'éloigner.

Encore peu portée par les équipes sociales que nous avons rencontrées, la question de l'accompagnement des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, les hépatites et le VIH ne saurait épargner le secteur et la réflexion sur les questions de santé pour les personnes sans-abris ou mal logées. Les expériences rapportées évoquent l'accompagnement de fin de vie avec pour l'équipe de Regain un partenariat exemplaire et très facilitant avec le réseau de soins palliatifs SPHERES qui a permis une prise en charge coordonnée et qualitative en relai avec l'établissement de santé et une réponse obtenue de la MDPH en 48 heures grâce à la médiation de ce réseau soins palliatifs.

Pour les maladies invalidantes et chroniques, le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) conçu à l'origine pour les malades VIH est aujourd'hui occupé par des malades atteints de cancer et du Virus Hépatite C (VHC) (dispositif sans limitation de durée pour des personnes sans revenu et permettant la continuité de la prise en charge en période de transition comme les sorties d'hôpital, les sorties de prison, l'initiation de traitement...). Le manque de places dans ce dispositif est relevé dans la région.

La formation et la régulation des équipes éducatives dans les établissements sociaux sur les questions de santé globale

La question de l'accompagnement des personnes séropositives au VIH/VHC suppose des procédures de mise en protection des professionnels (protocole d'accident d'exposition au sang) avec des formations : Diplôme Universitaire santé solidarité précarité, réduction des risques et participation à des colloques.

Les situations de fin de vie, avec de nombreux décès, impactent les équipes d'ACT et devront être anticipées sur d'autres dispositifs d'hébergement.

Un manque d'apport en ethnopsychiatrie autour des questions de santé : pour les hommes isolés hors Maghreb provenant d'Europe de l'Est, d'Afrique subsaharienne, population Rom ; les professionnels manquent de réponse culturelle sur les questions de santé et la question de la traduction intra-communauté fonctionne comme une difficulté.

Le besoin de maillage des équipes AHI sur les questions de santé est récurrent sur les territoires : les questions de dépendance, d'addictions, de handicap psychique nécessitent des partenariats et du renforcement des équipes mais les moyens et le temps nécessaires ne sont pas alloués pour soutenir la fluidité des parcours et l'accès vers le logement autonome. Le renforcement du partenariat, le repérage des opérateurs entre eux dans le champ social, sanitaire et médicosocial nécessitent une disponibilité, une capacité à « aller vers » que les associations gestionnaires n'ont pas partout (très vrai sur le droit des étrangers et en particulier dans les départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales). Le CHRS de Carcassonne évoque depuis peu des hospitalisations sous contrainte en l'absence d'un appui d'une Equipe Mobile Psychiatrique Précarité (EMPP) pour des malades non stabilisés qui arrivent dans le dispositif AHI après avoir été renvoyés entre secteur hospitalier et psychiatrie....

Dans leur mission d'accompagnement vers le logement, les travailleurs sociaux qui mettent en œuvre les mesures AVDL portées dans le cadre du groupement Nostres Cases, relèvent le poids des « états dépressifs » (terme générique qui à défaut de précision diagnostique recoupe de nombreuses situations singulières), qui fonctionnent en obstacle pour de nombreuses personnes : ayant connu une vie dans une structure collective (CHRS, pension de famille ou autres) le logement autonome est aussi l'expérience d'un isolement qui peut peser. Le partenariat d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) est conditionné par un suivi au CMP et l'existence d'une notification MDPH. L'alcoolisme et d'autres addictions viennent aussi impacter les clés de maintien dans un logement autonome. Dans le cadre de l'AVDL, un accompagnement physique est proposé au premier rendez-vous afin d'aider au repérage des personnes accompagnées. Si l'équipe observe un besoin de soins, elle sollicite le partenariat (CCAS, assistante sociale de secteur) et une fois par mois a une régulation avec le médecin psychiatre du Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) santé précarité de l'hôpital de Thuir. Il a été précisé que dans la durée, les problèmes d'addictions comme de santé mentale mettent les personnes accompagnées et les équipes AVDL dans des situations d'échec de coopération car ces publics ont très souvent une grande méfiance à l'égard du soin bien souvent synonyme d'hospitalisation, dans leur itinéraire. Le déni de pathologie en logement autonome, alors même qu'une sortie d'hospitalisation psychiatrique vers une pension de famille aurait pu être la solution, aboutit à un blocage : signalement pour trouble/convocation en psychiatrie/ et procédure d'expulsion : le « logement d'abord » ne peut être durable qu'à la condition d'un accompagnement social renforcé et multiple. Or l'AVDL c'est trois mois renouvelable jusqu'à neuf mois et dans le cadre de l'intermédiation locative : c'est un travailleur social pour 25 ménages De ce point de vue, la résidence accueil de l'Acal pour personnes sans résidence stable avec problèmes psychiques hors de parcours de soins en désocialisation chronique repose sur un partenariat intéressant avec l'hôpital de Thuir pour rendre possible un accès au logement avec 30 places en logement regroupé et diffus. Les personnes sont suivies par une double équipe éducative d'une part et médicale et paramédicale détachée de l'hôpital d'autre part (avec un financement ARS pour la part coordination de soins). Cette équipe de soins fonctionne en Equipe Mobile Psychiatrique de Réhabilitation Psychosociale (EMRPS) (accompagnement à la santé physique et psychique) dédiée à la résidence accueil (avec un temps de psychiatre, de neuropsychologue et deux infirmiers détachés de Thuir).

La situation singulière des demandeurs d'asile en CADA

Un des principes du CADA rappelé dans son projet d'établissement est d'exercer une vigilance pour le suivi sanitaire des personnes accueillies. Une dégradation de l'état de santé est constatée chez des personnes au parcours difficile. Le souci est la découverte de ces problèmes de santé à l'arrivée au CADA, alors qu'ils proviennent d'HUDA, d'hôtel, du 115. Le premier entretien permet d'apprécier l'état psychologique en partenariat avec le CMP qui prend le relais ; mais les infirmiers du CMP vivent la barrière linguistique et sont assez démunis sur les problèmes psychologiques liés à l'attente des procédures de demandeurs d'asile. La ressource principale est l'infirmière de santé globale (poste mutualisé) présente un après-midi par semaine. Elle favorise l'accès aux soins et à la prévention. Elle rencontre tous les nouveaux ménages arrivant pour préparer la première consultation du futur médecin traitant, aide à la recherche du médecin puis accompagne physiquement au premier rendez-vous. Elle est formée à la thérapie brève (de type EMDR² et hypnose). Ce sont des propositions adaptées au stress post-traumatique et très demandées par les personnes pour préparer l'audition à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). L'équipe compense les contraintes du territoire en mettant en place des moyens d'accompagnements y compris physiques vers le droit commun, en lien avec les partenaires de la maison sociale départementale de Prades pour le suivi mère-enfants, l'ANPAA ...Le bus solidaire du service petite enfance du conseil départemental vient sur le village de Fuilla un jour par mois permettant de proposer aux personnes accueillies au CADA un service avancé. Les référentes sociales prennent le relais pour la planification et les orientations vers des spécialistes si besoin.

Des dispositifs intervenants à l'intersection du champ sanitaire et du champ social : une culture de l' « aller vers »

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) : l'exemple de l'Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité (UMIPPP) de Montpellier et du Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) de Thuir.

² EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou en français Désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux

Premier axe d'intervention du programme visant à favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008), le cahier des charges des EMPP est décliné dans la circulaire du 23 novembre 2005. Les objectifs de ces équipes sont prioritairement :

- Aller vers les publics,
- Aider les intervenants de première ligne à reprendre le dialogue avec les personnes sans logement exprimant une souffrance psychique,
- Soutenir les intervenants sociaux dans le repérage précoce des troubles psychiques chez les personnes sans logement et dans leur orientation vers les dispositifs adéquats,
- Identifier les pathologies psychosociales,
- Identifier les situations aiguës pour lesquelles une intervention se révèle vitale.

Ce partenariat conventionné entre les établissements sociaux et les **Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)**, quand elles existent sur le territoire, est plébiscité par les professionnels sociaux rencontrés. A défaut d'EMPP, des conventions sont passées avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP). Le Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) à Thuir-Perpignan, l'Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité (UMIPPP) à Montpellier ; les CMP de Prades (pour le CADA de Fuilla) et le CMP de Mende (pour le CHRS La Traverse). Ces équipes réalisent des entretiens, des accompagnements et des réunions de synthèse. Elles participent à l'étayage des équipes éducatives pour le repérage, le décodage et la demande en santé mentale des personnes en situation de précarité.

Par exemple sur le public du CHRS Fare, un entretien avec un infirmier de l'Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité (UMIPPP) est proposé une fois par semaine en soirée aux jeunes accueillis, après l'atelier d'insertion : la question de la gestion des traitements peut être évoquée mais aussi sont réalisés des entretiens individuels de suivi à la demande des personnes comme des équipes éducatives (à propos des liens familiaux compliqués, des jeunes en errance.... et des jeunes un peu *border line* (avec ou sans diagnostic, avec ou sans suivi).

Le Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) de l'hôpital de Thuir a été créé en 1998. Il est issu d'une réflexion qui s'est échelonnée sur plusieurs années, puis d'une implication forte de la cellule d'appui santé (DDASS-Préfecture), du CHS de Thuir et du Conseil départemental dans son fonctionnement et son financement. C'est une des plus anciennes équipes au plan national. Sa mise en œuvre anticipait la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la création des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP).

L'équipe mobile de santé globale (financée par une subvention annuelle PRAPS ARS) :
l'exemple de Regain dans le pôle social d'Adages

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 de santé globale pour un soutien et un accompagnement ciblé de leur demande de soins et une aide relationnelle et psychologique. Des infirmiers proposent des services de soins infirmiers immédiats, d'orientation ou de mise en relation avec des réseaux humanitaires de soins gratuits, de praticiens de la médecine libérale sensibilisée ou des prestataires pouvant répondre au besoin constaté, par exemple un hébergement même temporaire pour des personnes épuisées à la rue. Les infirmiers prennent en compte la souffrance psychosociale, conscients qu'elle est un facteur d'aggravation de la précarité et de l'état de santé.

La présence régulière des infirmiers quelques heures par semaine sur les CHRS que nous avons rencontrés permet la prise en charge de la coordination des soins (allant de l'ouverture des droits jusqu'à l'observance thérapeutique) en passant par l'évaluation des besoins d'aide, l'accompagnement et la liaison, des consignes aux veilleurs de nuit et un échange d'informations utiles entre les professionnels de l'accompagnement social et les professionnels de santé. Le médecin psychanalyste de l'équipe de santé globale initie une démarche de santé communautaire : entretien avec les personnes accueillies, participe aux missions de coordination entre différents professionnels.

L'équipe de santé globale participe aussi aux réunions santé social co-portées par le collectif montpelliérain Santé précarité, le Samu social et au sous-groupe santé du SIAO, veille sociale, urgence, insertion, logements adaptés.

Ce dispositif ne nous est pas apparu dupliqué en l'état sur un autre territoire de la région, même si des temps infirmier de santé globale valorisés dans le cadre du Praps ont été repérés dans les Pyrénées Orientales (CADA Fuilla et dans les établissements AHI de l'Acal).

L'Equipe Mobile Psychiatrique de Réhabilitation Psychosociale (EMRPS) « intégrée » en résidence accueil : l'exemple de la résidence accueil Les Carmes, de l'Acal à Perpignan

La résidence accueil 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 sociale ou d'exclusion et avec de très faibles revenus.

La résidence accueil 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 à 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.

Le contrat d'accompagnement proposé a donc une partie d'accompagnement social (avec un hôte référent social) et un contrat de soins.

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 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.

→ Leviers cités par les usagers rencontrés

Trois catégories de leviers ont pu être repérées des récits des usagers rencontrés :

1- selon l'autonomie des usagers rencontrés :

- Usagers autonomes dans leur prise en charge en santé : des questions sur des problématiques de santé sont posées à l'admission pour repérer les besoins et adapter l'accompagnement. Puis, il a été remis aux usagers autonomes rencontrés une liste de professionnels de santé installés à proximité de la structure d'hébergement. Ils sont ensuite autonomes dans leurs prises en charge sur le plan santé.
- Usagers peu autonomes : un accompagnement physique par un professionnel de la structure est effectué lors du premier rendez-vous médical pour une mise en confiance puis l'utilisateur concerné s'y rend seul les rendez-vous suivants. « *Ici, on nous montre tout ce qu'il y a autour pour qu'on fasse les choses tout seul* ».
- Usagers non autonomes : la prise de rendez-vous médicaux est effectuée par les professionnels de la structure, les usagers concernés sont accompagnés en consultation par un professionnel de la structure.

2- selon les problématiques de santé :

- Diabète : quand aucun dispositif de santé existe au sein de la structure, ont été citées le plus souvent, les infirmières libérales comme professionnels assurant le suivi et la prise en charge
- Soins de premier recours : a été confirmé l'existence d'un médecin traitant pour l'ensemble des usagers rencontrés
- Alcoolisme : a été citée le plus souvent une orientation vers l'ANPAA (rendez-vous avec un médecin, cure,...)
- Troubles psychiques-Handicap psychique : suivi assuré par différentes structures (CMP, hôpital, clinique spécialisée)
- Troubles psychologiques : quand il y a un suivi externe, il est assuré par des professionnels libéraux
- Santé bucco-dentaire : bilan dentaire nécessaire la plupart du temps et réalisé quasi systématiquement.

3- selon la présence de professionnels de santé dédiés aux structures d'hébergement :

- Présence de Lits Haltes Soins Santé (LHSS) : ce dispositif a été qualifié par les usagers rencontrés et bénéficiaires de ce dispositif comme pertinent et sécurisant en terme de prise en charge globale de leurs problématiques de santé. Un suivi

médical est assuré tous les jours par les professionnels de santé dédiés en interne (Médecin et infirmière) : suivi de diabète sévère, prise de médicaments dans le cadre de troubles psychiques, éducation thérapeutique....

- Présence d'une infirmière en santé globale : les usagers rencontrés bénéficiant d'un suivi par une infirmière en santé globale ont témoigné de leurs problématiques de santé -notamment leur diabète sévère- comme étant bien stabilisé. Le suivi y est régulier, une fois par semaine et peut être complété si besoin, par la mise en place d'accompagnements par des infirmières libérales (diabète sévère par exemple...)
- Présence d'une psychologue : certains usagers (ainsi que leurs enfants si besoin) ont pu bénéficier d'un suivi par un psychologue de la structure qui a été qualifié de « très aidant ».

→ Freins repérés à partir des récits des usagers rencontrés

- Un accompagnement inégal d'un territoire à l'autre sur les prises de risque et notamment sur les consommations de drogues et d'alcool : cette question est complexe dans les récits collectés. Il s'y mêle du déni, des difficultés de s'inscrire dans la durée des suivis et des traitements proposés, et il semble que l'accès à la cure soit conditionné par la garantie d'un hébergement en postcure, qui n'est pas toujours acquis...
- un déficit d'accompagnement sur le plan psychologique : l'ensemble des usagers rencontrés ont vécu dans leur parcours de vie des traumatismes plus ou moins marquants. Parmi ceux ne relevant pas d'un suivi psychiatrique régulier, la plupart des usagers rencontrés ont témoigné ne pas être suivi par un psychologue. Les raisons évoquées sont le refus de l'utilisateur lui-même ou l'absence de professionnel dédié en interne ;
- une absence de suivi régulier par un professionnel de santé sur la prise de médicaments quand il n'existe pas de professionnels dédiés au sein de la structure. « *je prends de temps en temps mon traitement mais pas régulièrement* » ;
- un accès aux soins très peu mis en place chez les jeunes : les dernières consultations chez un médecin généraliste datent de plus de deux ans. Il a été cité de ne pas « avoir » de médecin traitant désigné ;
- des dettes hospitalières ou de frais d'actes de soins : plusieurs usagers rencontrés ont évoqué avoir des dettes importantes auprès d'hôpitaux et d'autres structures de soins : des frais hospitaliers et de soins restant à la charge de l'utilisateur.... ;

- une consommation de tabac très importante chez la plupart des usagers rencontrés ;
- aucun témoignage spontané de suivi gynécologique dans les entretiens menés avec les femmes comme avec leur mari ;
- les frais d'appareillage en dentisterie non pris en charge par l'AME : obstacle majeur aux populations les plus marginalisées et difficultés majeures pour s'alimenter, douleurs chroniques et impact social important.

4.5 La santé et le prendre soin de soi : la place du « care » dans l'accompagnement

Cette notion du prendre soin, du souci de soi est complexe à dissocier de l'accompagnement aux soins dans le témoignage des équipes rencontrées. En effet, ces équipes éducatives ont une culture de santé globale où le levier est tour à tour celui d'une approche préventive, d'une écoute bienveillante (avec ou sans la présence d'une psychologue dans l'équipe), de temps collectifs de sensibilisation à la promotion de la santé (alimentation, activité physique, relaxation, vaccination, prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), lien social ...) comme d'un accompagnement ciblé vers le curatif.

On relèvera en complément de ce qui a déjà été évoqué :

Le partenariat mis en exergue sur les publics jeunes avec les opérateurs de prévention des drogues et toxicomanies tant la banalisation de la consommation d'herbe chez les jeunes et ses conséquences est priorisé dans une logique d'insertion : le CHRS FARE sensibilise à aller vers des lieux ressources comme l'espace de prévention le Zinc créé par le CSAPA AMT Arc en Ciel et sollicite l'intervention de médecin de l'Unité de Traitement des Toxicodépendances, (à hôpital la Colombière) sur des temps collectifs d'échanges.

Au CHRS de la Traverse, l'équipe éducative insiste sur l'absence de demande des moins de 25 ans en matière d'éducation et de promotion de la santé : un projet est en cours avec la mission locale d'insertion sur une permanence d'écoute adolescents mais il manque, selon ces professionnels, au niveau du territoire départemental un service médical et psychologique dédié aux jeunes. Les partenaires du secteur tels que le Réseau santé précarité, le Codes 48, le Comité local pour le Logement Autonome des Jeunes (CLAJ) engagés sur ce champ n'existent plus à présent, privant le CHRS de relais.

Sur le volet du prendre soin mais aussi de l'insertion, une action des **Jardins et rucher solidaires et partagés** est proposée et accompagnée par un référent éducatif du CHRS pour un public bénéficiaires du RSA et accompagné dans un des dispositifs de l'association « La Traverse ». Les objectifs sont de rompre l'isolement des personnes en leur permettant de construire de nouvelles relations au sein et par le biais du jardinage, de proposer à des

personnes précaires d'accéder à des aliments variés et de qualité issus de jardinage biologique ainsi que de redonner une place et une activité valorisante à des personnes éloignées durablement de l'emploi.

L'infirmière de santé globale qui intervient au CADA de Fuilla assure en plus de la coordination des soins, des actions en partenariat avec d'autres structures du territoire : comme le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) qui se déplace sur le site du CADA pour une information et des vaccinations plusieurs fois par an. Le CLAT de Perpignan (Centre de Lutte contre la Tuberculose) intervient pour les nouveaux arrivants. Le Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG) fait des permanences à la Maison sociale de Prades : la démarche de dépistage et l'information aux usagers est transmise par l'infirmière de santé globale, le médecin généraliste lors de la 1^{ère} visite et lors de la séance de vaccination avec le SMIT.

L'infirmière de santé globale est formée à la thérapie brève et à l'hypnose : la demande des personnes accueillies est forte et repérée pour une aide à la gestion de stress post-traumatique et en vue de préparer l'audition à la Commission Nationale de Demande d'Asile. C'est aussi un appui important pour gérer l'attente au CADA qui est très anxiogène (délais de procédure OFPRA et CNDA très longs ; la durée d'accueil sur le CADA s'allonge : près de 2 ans).

A cette prise en charge s'ajoutent de nombreux entretiens personnalisés avec les référents sociaux (des Conseillers en Economie Sociale et Familiale (CESF)) en éducation à la santé : quel usage des médicaments, sensibilisation et information sur la planification familiale et la contraception, l'aide à l'alimentation, repères autour du sommeil, de l'activité physique, de l'hygiène et de la prévention des maladies.

En accueil de jour (Adejo 30), on propose le « prendre soin » aux personnes à la rue avec une mise à disposition de douche, d'un nécessaire de toilette, quelques vêtements récupérés (en l'absence de vestiaire) et une mise à disposition de lave-linge. Les professionnels sensibilisent à la question de l'hygiène corporelle voire accompagnent ces soins du corps pour les personnes les moins autonomes.

En pension de famille (La Clède 30), cette question se travaille avec l'aménagement du logement : adaptation d'une cabine de douche à une situation d'obésité et mise en place d'un service d'aide à domicile pour l'entretien du logement. Le levier de séjour de rupture du résident pour travailler l'hygiène corporelle avec un infirmier a été aussi évoqué. Le repas collectif hebdomadaire poursuit à la fois l'objectif de la convivialité et d'une sensibilisation au « bien manger ». On y parle aussi de l'organisation des activités de fin de semaine.

Dans la plupart des CHRS rencontrés, des sorties et activités en interne et en externe sont proposées pour faire du lien, créer des situations d'expression et travailler l'estime de soi,

comme levier vers l'autonomie (atelier sophrologie-relaxation, intervention du Dispensaire de l'Ostéopathie, de socio esthéticienne, théâtre-forum....)

Le CHRS Regain avec le CADA de l'Adages animent un axe « santé et citoyenneté » autour de projets sportif et culturel en lien avec l'accompagnement social. Associant les enfants des familles accueillies, un projet de communication « Canal Kids » avec les étudiants de l'école supérieure de commerce de Montpellier a abouti à une vidéo présentée dans les locaux de l'école.

Des temps forts sont investis par les équipes de CHRS et les usagers avec une participation à la manifestation « Homeless World Cup », au festival de la Fondation Abbé Pierre (dans le Vaucluse), des créneaux radiophoniques sur les ondes de radio Clapas et en faisant vivre la participation et l'expression des usagers au travers des Conseils de la Vie Sociale (CVS).

Le CHRS Chauliac-Rauzy propose des sorties et des activités pour faire du lien en partenariat avec le collectif La Boussole. Mais le problème du *turn over* des personnes accueillies et des résidents hébergés en diffus rend complexe l'animation d'un CVS.

→ Leviers cités par les usagers rencontrés

- Nutrition/Alimentation équilibrée : les repas proposés au sein de plusieurs structures d'hébergement ont été qualifiés de repas équilibrés par plusieurs usagers rencontrés. « *Ici, on prend le temps de préparer des repas équilibrés* ». Sur la thématique « Nutrition », ont été citées des sensibilisations nutritionnelles et des participations à des ateliers cuisine organisés au sein de structures ou à l'extérieur avec des structures partenaires. Des repas collectifs sont organisés une fois par semaine dans plusieurs structures où le repas est confectionné par un binôme d'usagers, différent à chaque fois ;
- Activités physiques : des temps de marche collective sont parfois organisés auxquels certains usagers participent ;
- Appui à la parentalité : sont proposés des temps collectifs ou individuels « *mères-enfants* » organisés au sein de la structure avec un professionnel spécialisé (interne à la structure ou rattaché à une association partenaire). Des liens également entre les structures et les PMI du secteur permettent aux familles hébergées d'avoir également des conseils en appui à la parentalité ;
- Gain en autonomie : pour plusieurs usagers en situation de handicap psychique, les structures d'hébergement adaptées à ce type de public leur ont permis d'acquérir de l'autonomie, de se déplacer seul, de travailler sur leur réhabilitation sociale. « *j'arrive maintenant à vivre en société, à communiquer avec les autres* » ; « *grâce aux professionnels d'ici, je peux vivre normalement* » ; « *j'ai appris ici à faire des choses qui étaient difficiles pour moi de faire auparavant* ».

→ Freins repérés à partir des récits des usagers rencontrés

- Aucun dépistage de cancer du sein exprimé : aucune participation au dépistage de cancer du sein n'a été citée par les usagers concernés.

4.6 L'insertion, l'activité et l'utilité sociale

Cette question de l'utilité sociale des personnes accompagnées dans le dispositif AHI et le logement autonome ne saurait être déconnectée d'une approche sur l'accompagnement en santé. La question se pose au travers des missions des structures (accompagnement vers l'insertion professionnelle avec les partenaires du service public de l'emploi) comme dans les récits des usagers rencontrés : parler de sa santé, c'est aussi parler de son identité sociale, de la place qu'on occupe dans le collectif et de son utilité.

L'insertion professionnelle

Trois des CHRS rencontrés disposent d'un AVA-CAVA (Atelier et Centre d'Adaptation à la Vie Active) (Fare, Regain et l'Adaff à Carcassonne).

Le Centre d'Adaptation à la Vie Active (CAVA) adossé au CHRS FARE propose deux ateliers aux jeunes comme projet d'insertion plutôt que de les renvoyer à l'inactivité ou l'errance dans la journée : cela leur permet également d'avoir quelques ressources. Un éducateur est dédié à ce rôle de conseiller d'insertion au CHRS en lien avec des moniteurs d'ateliers.

Au CHRS de l'Adaff (11) l'équipe relève l'importance des ateliers d'Adaptation à la Vie Active (AVA) proposés : les personnes sont déclarées, touchent 70 % du smic sans objectif de rentabilité y compris les allocataires du RSA : les AVA permettent une acquisition des rythmes, l'apprentissage des consignes dans le cadre du travail, la gestion de son travail en individuel comme en collectif.

L'accompagnement par le travail est une demande récurrente de personnes souffrant de troubles psychiques invalidants. Or peu d'entre elles parviennent à travailler (y compris en ESAT où l'exigence d'assiduité fait souvent obstacle) : la résidence accueil ACAL participe à un travail de réflexion avec d'autres partenaires autour d'un centre ressource « handicap psychique et travail ». Des activités de remise au travail en milieu ordinaire sont réalisées accompagnées par un hôte si nécessaire.

L'utilité sociale

Au CADA, la gestion du temps et de l'inactivité est une difficulté évoquée tant par les professionnels que les usagers avec un impact sur l'état de santé psychique des personnes en attente du statut de réfugié (statut qu'une partie d'entre elles n'obtiendra pas) ; l'impératif pour les équipes éducatives est d'anticiper la nécessaire acquisition d'autonomie dans la société française des demandeurs d'asile, au risque de les laisser dans une grande détresse quand finalement ils demeurent en France : en développant les possibilités d'inscription des usagers dans des activités bénévoles et solidaires, en inscrivant le CADA à des actions permettant les échanges culturels et la compréhension des codes de la société d'accueil (Printemps des Solidarités, Fête du réfugié, fêtes et animations locales...). Ce point est aussi important et agit en appui à la parentalité : repositionner des parents vis-à-vis de leurs enfants, les aider à prendre des repères avec l'école : les demandeurs d'asile avec enfants ont moins de difficultés avec la temporalité.

Cette question de l'isolement social est aussi abordée par le GCS Nostres Cases qui accompagne les mesures AVDL : il a été relevé la prévalence des états dépressifs comme obstacle au maintien dans le logement pour des personnes qui ont eu un parcours de vie dans une structure collective (AHI, résidence sociale, ...). L'isolement pèse dans un logement autonome et l'accompagnement social veille à cette fragilité et oriente vers le GEM la Maison Bleue de Perpignan (pour les loisirs et vie sociale). Toutefois l'accès est conditionné par un suivi au CMP et une notification CDAPH (allocataire AAH).

Pour les personnes à la rue qui sont reçues à l'accueil de jour (Adejo 30), l'équipe prône aussi comme priorité le développement de l'axe insertion/emploi via des entreprises d'insertion et en développant des passerelles entre insertion sociale et bénévolat (travail de réseaux à développer).

Dans le souci de maintien de l'équilibre collectif en mixant les publics en pension de famille, l'équipe d'hôtes de la Clède insiste sur l'intérêt de la présence d'usagers en activité professionnelle (ESAT, entreprise adaptée, intérim et milieu ordinaire) : les actifs ont une place en pension de famille, ils contribuent par leur autonomie à entraîner les autres pensionnaires vers une ouverture (accès aux loisirs, à la culture, projet de vacances ...).

Afin de rompre l'isolement, décroisonner et proposer une place et une activité à des personnes éloignées durablement de l'emploi, l'expérience des Jardins et rucher solidaires partagés à l'association la Traverse (48), avec une convention avec le conseil départemental de la Lozère pour les bénéficiaires RSA et les personnes accompagnées par un dispositif d'hébergement de l'association, vient illustrer les actions innovantes sur cet axe.

Participation des usagers des établissements sociaux à la vie et au projet de l'établissement

Il s'agit là d'un troisième volet cité par les équipes avec les difficultés inhérentes aux publics accueillis et au séjour à durée limitée dans les hébergements d'insertion : qu'il s'agisse de partager les repas, proposer des activités co-élaborées entre usagers et professionnels ou mettre en place des conseils de résidents, ces initiatives participent à renforcer le pouvoir d'initiative, la capacité à débattre et se confronter au collectif, et donc la citoyenneté.

→ Leviers cités par les usagers rencontrés

- **Implication dans la scolarité et l'éducation de leurs enfants** : pour les usagers rencontrés hébergés avec leur famille : les enfants sont moteurs dans l'activité journalière des parents : inscription dans un rythme, pourvoyeur de lien social et restauration d'une fonction parentale ébranlée par des trajectoires de vulnérabilité extrême (accompagnements des enfants à l'école, à leurs activités sportives extrascolaires, co apprentissage du français) ;
- **Entraide entre communautés, entre usagers eux-mêmes** : un soutien communautaire pour les demandeurs d'asile notamment ou un soutien entre usagers a été cité comme bénéfique, riche en échanges et dialogue. « *ça fait du bien de parler à d'autres comme moi* » ;
- **Activités collectives** : ces temps collectifs permettent des échanges entre usagers et une redynamisation collective : atelier cuisine, atelier couture, atelier parents-enfants, atelier écriture, atelier sport, sorties.... ;
- **La structure d'hébergement elle-même** : de façon systématique, les usagers rencontrés ont cité la structure elle-même comme levier. En effet, Celle-ci leur permet de se reconstruire, de réfléchir à leur projet et de le mettre en place. « [être ici] *Permet de se poser, de réfléchir et de construire un projet* ». Tout particulièrement pour la pension de famille, il a été évoqué un « *lieu convivial et sécurisant* », « *ça m'a permis de retrouver une dignité* » ;
- **Ateliers d'adaptation à la vie active** : ces ateliers ont permis aux usagers rencontrés qui en ont bénéficié d'avoir une ressource financière et de les redynamiser sur le plan de l'insertion professionnelle ;
- **Implication bénévole dans des associations locales** : le partenariat et le réseau local de certaines structures d'hébergement ont permis à plusieurs usagers de s'investir dans des activités bénévoles, de recouvrer un sentiment d'utilité sociale.

→ Freins repérés à partir des récits des usagers rencontrés

- **Peu d'activités voire aucune pour certains usagers** : plusieurs usagers ont cité avoir très peu d'activités dans la journée voire aucune. « *ici on doit se chercher des occupations, on s'ennuie beaucoup* ». Certains participaient à des ateliers collectifs auparavant mais n'y vont plus aujourd'hui. « *j'y allais avant mais maintenant je n'y vais plus par choix* » ;
- **Isolement social, familial** : plusieurs usagers ont évoqué n'avoir plus de contact avec leur famille ou avec des amis.

5. LES PRECONISATIONS ET PISTES D' ACTIONS PROPOSEES

Trois axes de travail se dégagent des propositions ou pistes d'amélioration livrées par les professionnels rencontrés. Nous les présentons ici sans priorisation. Il s'agissait de faire des liens entre du matériel collecté dans des dispositifs différents accueillant ou accompagnant des publics différents. La formulation des propositions engage les rédacteurs de l'étude et sont mises en lien autant que possible avec des éléments de constat et formulées en objectifs opérationnels afin d'être des aides à la décision.

Tableau 3. Récapitulatif des propositions

AXE 1 - OBJECTIF PRINCIPAL : PRÉVENIR LES RUPTURES ET FLUIDIFIER LES PARCOURS

▲ **Proposition 1** : renforcer l'articulation et l'échange d'informations utiles entre les services de la protection de l'enfance des Conseils départementaux et les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion sur les parcours de jeunes majeurs avec une prise en charge institutionnelle.

▲ **Proposition 2** : développer l'« aller vers » le guichet avancé et/ou des permanences des partenaires au sein des différentes structures d'accueil et d'hébergement.

▲ **Proposition 3** : identifier les professionnels référents au sein des structures partenaires institutionnelles (CPAM, CAF, Impôts...).

▲ **Proposition 4** : réfléchir à une meilleure concordance entre la durée d'accompagnement en AHI et le délai d'instruction des MDPH.

▲ **Proposition 5** : améliorer les représentations et la connaissance du droit par les opérateurs du droit commun des publics étrangers et des demandeurs d'asile.

▲ **Proposition 6** : développer les relais, les accompagnements vers l'insertion professionnelle et valoriser les actions de promotion de l'utilité sociale afin de contribuer à la fluidité des parcours.

▲ **Proposition 7** : développer les structures adaptées et spécialisées en hébergement pour personnes précaires sans ressources.

▲ **Proposition 8** : développer les structures adaptées et spécialisées en hébergement pour personnes précaires vieillissantes.

AXE 2 - OBJECTIF PRINCIPAL : FAVORISER L'ACCES AUX SOINS

▲ **Proposition 9** : soutenir, au sein des CHRS, les actions collectives de sensibilisation et de promotion à la santé globale en appui avec des partenaires extérieurs.

▲ **Proposition 10** : développer des solutions partagées - entre le sanitaire et le social.

▲ **Proposition 11** : réfléchir sur les solutions de prises en charge complète de prothèses dentaires non couverte par l'AME.

AXE 3 - OBJECTIF PRINCIPAL : SOUTENIR LES EQUIPES ET RENFORCER L'OBSERVATION SOCIALE

▲ **Proposition 12** : renforcer le soutien aux équipes, diffuser les recommandations de bonnes pratiques en CHRS et développer les coopérations professionnelles.

▲ **Proposition 13** : développer la mission d'observatoire social du SIAO.

AXE 1 - OBJECTIF PRINCIPAL : PRÉVENIR LES RUPTURES ET FLUIDIFIER LE PARCOURS

Proposition 1 : renforcer l'articulation et l'échange d'informations utiles entre les services de la protection de l'enfance des Conseils départementaux et les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion sur les parcours de jeunes majeurs avec une prise en charge institutionnelle.

Constats : parmi les évolutions observées auprès de la population accueillie dans les structures d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (AHI), il a été évoqué un nombre croissant de jeunes majeurs sortants de dispositifs de la protection de l'enfance (MECS, famille d'accueil,...) qui sont en errance institutionnelle, en rupture de contrat de Jeune majeur avec peu voire aucune explication, sans relais d'information. Ces jeunes cumulent des difficultés multiples (en plus de l'absence de ressource) qui complexifient le travail mené en CHRS vers l'autonomie : expérience violente de la rue, conduites addictives, troubles psychiques importants, refus de soins, risque prostitutionnel, refus de contractualisation et opposition vis-à-vis de toute institution... Les relais entre les dispositifs de la protection de l'enfance et ceux d'AHI sont à améliorer : quelles passerelles peuvent-être mises en place ?

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer la connaissance réciproque entre acteurs sociaux.**
- 2- Renforcer l'articulation entre les services de la protection de l'enfance des Conseils départementaux et les structures d'AHI.**
- 3- Assurer la continuité dans le parcours de ces jeunes (en particulier sur les questions de santé).**
- 4- Réfléchir à la pertinence de structures d'hébergement dédiées « jeunes majeurs ».**

Proposition 2 : développer l'« aller vers », le guichet avancé et/ou des permanences des partenaires au sein des différentes structures d'accueil et d'hébergement.

Constats : il a été évoqué par les professionnels rencontrés, un déni de la part d'usagers accueillis limitant l'inscription dans une démarche active de soins, de projet d'insertion sociale, ainsi que des difficultés pour s'inscrire dans la durée d'une prise en charge thérapeutique, un problème de mobilité. Du côté des usagers, ils ont exprimé la difficulté d'accéder à l'information quand on est à la rue, en errance et de passer d'une solution précaire à une autre sans pouvoir se poser.

Objectifs opérationnels :

- 1- **Faciliter les démarches administratives des usagers en proposant des permanences institutionnelles au sein des CHRS.**
- 2- **Expérimenter et mutualiser des outils d'information à destination des publics précaires (type *Guide des usagers*)**

Proposition 3 : identifier les professionnels référents au sein des structures partenaires institutionnelles (CPAM, CAF, Impôts...).

Constats : les démarches administratives vers le droit commun ont été qualifiées de difficiles et longues. Un des leviers cités par les professionnels rencontrés est la mise en place d'un référent parmi les partenaires institutionnels (notamment CPAM et CAF) qui facilite les démarches et l'avancement des dossiers de demande d'ouverture de droits.

Objectifs opérationnels :

- 1- **Renforcer les liens avec les partenaires institutionnels (CPAM, CAF, Impôts...).**
- 2- **Repérer les professionnels référents au sein des structures partenaires institutionnelles (CPAM, CAF, Impôts...) – Dupliquer une organisation de type cellule « Santé précarité » dans les institutions du droit commun.**
- 3- **Identifier un référent Pôle Emploi pour les personnes sortant de prison.**

Proposition 4 : réfléchir à une meilleure concordance entre la durée d'accompagnement en AHI et le délai d'instruction des MDPH

Constats : il a été évoqué que les temps de réponse des MDPH sont parfois trop longs. Un décalage a été décrit entre un temps d'accueil en CHRS de six mois au maximum (renouvelable 1 fois) et un temps d'instruction en MDPH atteignant parfois les huit mois (3 mois en moyenne pour une demande RQTH, six mois pour une demande AAH...).

Objectifs opérationnels :

- 1- S'accorder sur des critères communs de situations d'urgence.**
- 2- Identifier les modalités pour mobiliser les procédures accélérées mises en place, quand elles existent, par les MDPH.**

Proposition 5 : améliorer les représentations et la connaissance du droit par les opérateurs du droit commun des publics étrangers et des demandeurs d'asile.

Constats : les accompagnements vers le droit commun des demandeurs d'asile, des déboutés du droit d'asile ou des étrangers en situation administrative complexe sont parfois difficiles et longs en raison d'une méconnaissance des partenaires institutionnels du statut de réfugiés et du droit des étrangers. Dans de nombreux cas, il n'existe pas de référent institutionnel (notamment CPAM et CAF, aide sociale et aide à domicile des conseils départementaux...) alors qu'on a vu que cette organisation facilitait le déblocage de situations complexes qui nécessite une certaine « expertise » des agents. Des documents et justificatifs peuvent être demandés ici et pas ailleurs selon une interprétation discutable du droit...(sur la question de domiciliation par exemple).

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer la connaissance des droits des demandeurs d'asile auprès des partenaires institutionnels – Organiser des formations-actions transversales communes multi-partenariales sur un même territoire, des stages croisés...**
- 2- Renforcer le travail d'autonomie souhaité par les professionnels des structures auprès des demandeurs d'asile accueillis.**
- 3- Renforcer la mise en place de référent institutionnel (CPAM, CAF,...).**
- 4- Développer les outils d'aides au récit de vie (appui avec méthodes de prise en charge de stress post-traumatique, sensibilisation des équipes éducatives au psycho traumatisme, formation des référents sociaux au recueil des récits de vie, régulation et analyse des pratiques.....).**
- 5- Soutenir les établissements sociaux dans l'aide à l'alphabétisation et l'aide aux devoirs des enfants des familles étrangères (le droit commun ne suffit pas).**

Proposition 6 : développer les relais, les accompagnements vers l'insertion professionnelle et valoriser les actions de promotion de l'utilité sociale afin de contribuer à la fluidité des parcours.

Constats : la question de l'utilité sociale des personnes accompagnées dans les dispositifs d'AHI et dans les logements adaptés ne peut être dissociée d'une approche sur l'accompagnement en santé. Plusieurs actions ont été citées comme étant des leviers : les Ateliers d'Adaptation à la Vie Active (AVA), activités de remise au travail en milieu ordinaire accompagnées, inscription dans des activités bénévoles et solidaires, mise en place de Jardins solidaires partagés,... Un des freins majeurs cités est la difficulté de proposer un accompagnement par le travail des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants. Peu de solutions adaptées à ce public existent.

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer le conventionnement avec les entreprises, les passerelles entre les associations (bénévolat) et les dispositifs sociaux, les chantiers d'insertion.
- 2- Développer des entreprises d'insertion professionnelle adaptées à accueillir des personnes en situation de handicap psychique.
- 3- Pour les publics jeunes, tisser davantage de liens avec les missions locales. Mobiliser le dispositif « Garantie Jeunes » piloté par les missions locales (passage de la phase expérimentale à l'extension sur l'ensemble de la région Languedoc-Roussillon à partir du 1^{er} avril 2015).
- 4- Réfléchir à l'intérêt de développer les postes de conseiller d'insertion professionnelle dans les structures d'hébergement.
- 5- Veiller à l'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale malgré les difficultés propres à ces établissements [cf recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm : « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale », avril 2008.].

Proposition 7 : développer les structures adaptées et spécialisées en hébergement pour personnes précaires sans ressources.

Constats : pour les personnes accueillies en CHRS avec des troubles psychiques et des consommations d'alcool, parfois de drogues également, les passerelles vers les dispositifs du médicosocial (SAVS, SAMSAH, FAM, ESAT, Foyer d'Hébergement (FH)...) ont été citées comme difficiles. Le même constat a été évoqué pour certains sortants de prison.

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer des modes d'accueil et de logement à haut seuil de tolérance pour les personnes fortement marginalisées (Cf. expérimentation DIHAL du *Housing First*).
- 2- Ouvrir la capacité d'accueil pour les jeunes femmes victimes de violences conjugales sans enfants.

Proposition 8 : développer les structures adaptées et spécialisées en hébergement pour personnes précaires vieillissantes.

Constats : sur les accueils en LHSS, la population est de plus en plus vieillissante avec des problématiques de santé importantes (diabète, addictions,...). Les relais à la sortie de LHSS sont peu existants pour ce type de public. La plupart d'entre eux sortants de LHSS repartent vivre dans la rue, dans des hôtels ou dans des hébergements de stabilisation. Il existe en pratique peu de solutions d'accueil en EHPAD pour ce type de public. Un autre constat cité par les professionnels rencontrés est de retrouver de plus en plus de femmes vieillissantes parmi les femmes victimes de violence conjugale.

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer une réponse sociale d'hébergement adapté pour les personnes âgées précarisées avec des problématiques de santé.
- 2- Veiller à évaluer le phénomène émergent au sein des CHRS accueillant des femmes victimes de violences, l'accompagnement de femmes âgées sans possibilité d'insertion.
- 3- Développer des partenariats avec les équipes mobiles soins palliatifs en CHRS et pension de famille.
- 4- Former les équipes à l'accompagnement en fin de vie (cf. Enquête 2014 de l'Observatoire national de la fin de vie en pensions de famille et CHRS).

AXE 2 - OBJECTIF PRINCIPAL : FAVORISER L'ACCES AUX SOINS

Proposition 9 : soutenir, au sein des CHRS, les actions collectives de sensibilisation et de promotion à la santé globale en appui avec des partenaires extérieurs.

Constats : les structures visitées ont construit des liens avec des partenaires extérieurs pour des appuis en prévention santé : par exemple, les CODES pour des formations en alimentation et précarité, le planning familial, l'ANPAA, autres associations.... Il a été évoqué que les ateliers cuisine à destination des usagers sont de véritables outils transversaux de santé. Les usagers adhèrent bien à ce type d'atelier qui a une entrée « lien social ».

Objectifs opérationnels :

- 1- Identifier les opérateurs en prévention et éducation à la santé sur chaque territoire.
- 2- Renforcer des actions de redynamisation sociale par une entrée convivialité (atelier cuisine...) et co-élaboration entre professionnels et usagers (gestion de stress...).

Proposition 10 : développer des solutions partagées - entre le sanitaire et le social.

Constats : les CHRS sont amenés de plus en plus à demander des hospitalisations sous contrainte. Les usagers sont renvoyés d'un dispositif à un autre, entre l'hospitalisation d'urgence, la psychiatrie et le social. Les diagnostics ne sont pas toujours posés. D'autre part, les publics précaires sont peu mobiles.

Objectifs opérationnels :

- 1- Echanger sur les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun.
- 2- Organiser des liens formalisés avec les PASS existantes.
- 3- Diffuser et renforcer le dispositif de santé globale : mise en place d'équipes mobiles, développement d'une équipe mobile en ACT avec places de SSIAD dédiées CHRS.
- 4- Développer des dispositifs thérapeutiques adaptés : pour les personnes précaires en situation de handicap psychique.
- 5- Analyser avec l'ARS les besoins de développement de l'offre en LHSS, ACT, et l'extension des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) expérimentaux.
- 6- Former les professionnels sociaux des structures aux effets secondaires des traitements médicamenteux lourds sur des troubles psychiques.
- 7- Pour les sortants de prison, améliorer la transmission d'éléments médicaux nécessaires entre l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et le CHRS pour veiller à limiter les ruptures thérapeutiques.

Proposition 11 : réfléchir sur les solutions de prise en charge complète de prothèses dentaires non couverte par l'AME.

Constats : une des problématiques de santé qui est revenu à plusieurs reprises dans les entretiens est la prise en charge de prothèses dentaires des usagers bénéficiaires de l'AME. A défaut d'une prise en charge à 100%, les usagers concernés renoncent à la mise en place d'une prothèse dentaire. Ceci engendre des difficultés majeures pour s'alimenter, des douleurs chroniques et un impact social.

Objectifs opérationnels :

- 1- Réfléchir à la mise en place de solutions pour permettre aux usagers couverts par l'AME de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour des prothèses dentaires.

AXE 3 - OBJECTIF PRINCIPAL : SOUTENIR LES EQUIPES ET RENFORCER L'OBSERVATION SOCIALE

Proposition 12 : renforcer le soutien aux équipes, diffuser les recommandations de bonnes pratiques en CHRS et développer les coopérations professionnelles.

Constats : les parcours et les accompagnements de population spécifique (victimes de violence intra-familiale, demandeurs d'asile, étrangers sans papier, sortants de prison, personnes avec des pathologies psychiatriques et des consommations addictives,...) sont difficiles et complexes en partie par une méconnaissance mutuelle des compétences, des missions et des contraintes entre différents dispositifs des secteurs social, sanitaire et médicosocial. Les équipes ont besoin d'être elles aussi soutenues (régulation, analyse des pratiques professionnelles, formation aux indicateurs et comportements d'alerte sur le champ de la santé mentale, attitudes et conduites à tenir en situation de violence...).

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer des actions d'informations collectives sur l'axe de l'hébergement-logement, sur les démarches d'emploi et sur la santé en général.
- 2- Diffuser les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et en particulier celle attendue en CHRS « *Spécificités de l'accompagnement des évènements du parcours personnel des personnes en situation de précarité* » (2^e semestre 2015); celle disponible en CADA « *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile* » (2014).
- 3- Intervenir dans la formation initiale des futurs professionnels du travail social (liens à organiser avec l'IRTS) et dans la formation continue sous l'angle précarité hébergement et santé.
- 4- Mettre en place des stages-croisés.
- 5- Ouvrir un poste de stage pour interne en médecine à mutualiser entre CHRS.
- 6- Ouvrir des postes de stage pour les professionnels de santé en formation à l'IFSI et pour les assistantes sociales du CHU.

Proposition 13 : développer la mission d'observatoire social du SIAO

Constats : Des professionnels de CHRS ont fait part de leurs difficultés rencontrées aujourd'hui en raison d'orientations parfois inadaptées effectuées par des SIAO. Ils ont le sentiment que leur mission est « réduite à de l'insertion par le logement » sans pouvoir tenir compte de l'ensemble des problématiques des personnes accompagnées (en particulier avec des pathologies prégnantes).

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer la mission d'observatoire social local des SIAO pour ajuster l'offre d'hébergement/logement aux besoins des personnes accueillies.**
- 2- Développer le partenariat avec les bailleurs sociaux.**

6. EN CONCLUSION

Chaque dispositif rencontré accompagne un public avec une problématique principale (accueil, hébergement et insertion, logement adapté) et des problématiques associées dont les questions autour de la santé sont prégnantes. L'ensemble des professionnels fait le constat de la nécessité de coupler les mesures proposées en termes de logement, d'accès aux droits ou aux soins, avec des actions d'accompagnement des publics concernés afin de :

- prévenir les ruptures ;
- développer le partenariat au plus près des territoires et des personnes.

Cette double perspective ne saurait aboutir sans une articulation plus fine des décideurs et opérateurs du sanitaire, du social et du médicosocial. Les travaux et initiatives par territoire déjà engagés dans le cadre du *diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal-logement* sont une étape intéressante vers cette articulation.

La nécessité de renforcer les liens avec les décideurs et les opérateurs du sanitaire et du médicosocial avait été repérée dans les travaux engagés par la DRJSCS récemment en 2012 sur le dispositif « Accompagnement vers et dans le logement », et notamment dans l'étude réalisée par le CREAI-ORS LR³ (commanditée par la DRJSCS). En effet, un des freins repérés dans la mise en œuvre de l'AVDL était notamment les difficultés de travailler en réseau avec d'autres partenaires du secteur sanitaire et du médicosocial : des difficultés à mettre en œuvre des accompagnements auprès des personnes cumulant des problématiques de santé prégnantes (surtout psychique voire somatique). Une des propositions de pistes d'amélioration émanant des professionnels ayant participé aux concertations, des DDCS et des Conseils départementaux rencontrés dans le cadre de cette étude portait notamment sur la favorisation des liens avec une équipe mobile de psychiatrie (jugée indispensable).

L'étude que nous venons de réaliser rend compte de la même importance à disposer d'une équipe mobile de santé globale.

Il faudra aussi veiller à associer les usagers des dispositifs d'hébergement et de logement adapté à cette dynamique, usagers qui à l'occasion de cette étude ont amené des éléments précieux sur les freins et les leviers des accompagnements proposés. Le comité consultatif régional des personnes accompagnées pourra être un partenaire dans la poursuite de cette réflexion et ses futurs développements.

³ CLERGET François, RUIZ Inca, CREAI-ORS LR. Rapport d'étude sur le dispositif d'Accompagnement vers et dans le logement (en ligne). 2012/12. 87pages.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Liste des structures d’hébergement ou de logement adapté visitées.....	10
Tableau 2. Typologie de la situation des usagers rencontrés, construite à partir de leurs récits de vie, selon leur situation et l’évaluation qu’ils font de leurs besoins	15
Tableau 3. Récapitulatif des propositions.....	45

GLOSSAIRE

ACS : Aide pour une complémentaire santé

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AERS : Association d'entraide et de reclassement social

AHI : Accueil, hébergement, insertion

AME : Aide médicale de l'état

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

AVA : Ateliers d'adaptation à la vie active

AVDL : Accompagnement vers et dans le logement

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CAVA : Centre d'adaptation à la vie active

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CESF : Conseiller en économie sociale et familiale

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CIDAG : Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit

CLAJ : Comité local pour le logement autonome des jeunes

CLAT : Centre de lutte antituberculeuse

CMU : Couverture maladie universelle

CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire

CMP : Centre médico-psychologique

CNDA : Cour nationale du droit d'asile

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CVS : Conseils de la vie sociale

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité

EMRPS : Equipe mobile psychiatrique de réhabilitation psychosociale

ESAT : Etablissements et services d'aide par le travail

ESMS : Etablissements et services médicosociaux

FSL : Fonds de solidarité pour le logement

HUDA : Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile

HUDC : Hébergement d'urgence de droit commun

IML : Inter médiation locative

LAM : Lits d'accueil médicalisé

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAO : Module d'accueil et d'orientation

MASP : Mesure d'accompagnement social personnalisé

MAJ : Mesure d'accompagnement judiciaire

MECS : Maison d'enfants à caractère social

MLI : Mission locale d'insertion

MSA : Mutualité sociale agricole

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés

SAD : Service prestataire d'aide à domicile

SAMSAH : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAO : Service d'accueil et d'orientation

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SMIT : Service des maladies infectieuses et tropicales

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TISF : Technicien d'intervention sociale et familiale

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

UMIPPP : Unité mobile intersectorielle de psychiatrie pour les populations en situation de précarité

UTAG : Unité territoriale d'actions gérontologiques

UTTD : Unité de Traitement des Toxicodépendances