

PROJET AMÉLIORATION DES ARTICULATIONS

SANTÉ HÉBERGEMENT-LOGEMENT

2022-2023



UNIOPSS



Soutenu par



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Délégation interministérielle
à l'hébergement et à
l'accès au logement

URIOPSS



URIOPSS



URIOPSS



|| SOMMAIRE

1. Pourquoi ce projet ?	7
2. Quelle méthodologie ?	9
3. Le livrable du projet : trois feuilles de route territorialisées de préconisations pour améliorer les articulations entre les secteurs de l'hébergement, du logement et de la santé et une synthèse des préconisations communes	12
<i>Uriopss Auvergne-Rhône-Alpes</i> Feuille de route pour l'amélioration de l'articulation de l'action en santé, hébergement et logement	13
<i>Uriopss Hauts-de-France</i> Feuille de route Articulation santé/ hébergement/logement Territoire Communauté d'Agglomération de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane CABBALR et Communauté de Communes Flandre Lys CC Flandre Lys.....	24
<i>Uriopss PACA et Corse</i> Contributions au Projet Santé-Logement/Hébergement	42
<i>Uniopss</i> Synthèse des 3 feuilles de route territorialisées pour l'amélioration des liens entre les secteurs hébergement/logement/santé.....	55

Le présent document constitue la synthèse d'un projet mené en 2022 et 2023 par l'Uniopss et plusieurs Uriopss volontaires sur le thème de l'amélioration des articulations santé/hébergement-logement.

Ce projet a été conçu et porté par l'Uniopss et 3 Uriopss (Hauts-de-France, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes), sur 3 territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord (Communauté d'agglomération de Béthune-Bruay Artois-Lys Romane, Marseille, Métropole de Lyon, avec un regard porté sur les territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord également présents sur la région Auvergne-Rhône Alpes).

Il a été soutenu financièrement dans ses objectifs et sa méthodologie par la DIHAL.

***Il vise à améliorer les articulations** entre les acteurs associatifs du secteur de l'hébergement, du logement et de la santé, ainsi que celles entre les pouvoirs publics concernés, et celles entre les acteurs associatifs et les pouvoirs publics concernés, au service des personnes accompagnées par les acteurs associatifs dans ces deux secteurs.*

L'Uniopss et les Uriopss sont des acteurs tout à fait pertinents pour poser un diagnostic, repérer les dysfonctionnements et les bonnes pratiques en raison des adhérents qu'elles fédèrent : des associations ou des structures des secteurs de l'hébergement, du logement accompagné, des établissements médicaux, sociaux ou médico-sociaux.

*L'Uniopss a donc privilégié **une approche « terrain »**, s'appuyant sur les expertises de ses adhérents des secteurs hébergement-logement d'une part et du secteur santé d'autre part. À partir de réunions rassemblant ses différents adhérents, les Uriopss ont procédé à des synthèses, identifié des préconisations et des bonnes pratiques. L'Uniopss, quant à elle, a procédé au cadrage de la méthodologie générale, participé à un certain nombre de rencontres organisées par les Uriopss et procédé à la synthèse des synthèses, préconisations et identification des bonnes pratiques.*

Avant la présentation de ces conclusions, vous trouverez ci-après la problématique générale « pourquoi ce projet », sa méthodologie et enfin la présentation des livrables dont le présent document constitue l'aboutissement.

1. POURQUOI CE PROJET ?

La mise en place d'un service public de la rue au logement pose la question de l'articulation des politiques du logement et des politiques de santé pour répondre aux besoins des personnes sans chez-soi connaissant des problèmes de santé et orientées vers un logement. La question de la constitution de dispositifs et de réseaux d'acteurs permettant de répondre de la manière la plus adaptée et efficiente à ces besoins est au cœur d'une réflexion essentielle à mener dans le cadre de l'Uniopss. Celle-ci rassemble en effet des acteurs intervenant dans les champs d'une part de l'accueil, de l'hébergement et du logement accompagné et d'autre part des acteurs de la santé, au travers de missions de prise en charge, d'accompagnement et de suivi des personnes connaissant des problèmes de santé. Les territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord sont par ailleurs l'échelon opérationnel auquel peuvent se traduire ces enjeux d'articulation.

1.1. Les difficultés d'accès aux soins des personnes sans chez-soi orientées vers un logement

Même si les études épidémiologiques ne sont pas nombreuses, il est avéré (cf. Rapport Vincent Girard « *La santé des personnes sans chez-soi* », novembre 2009) que **les maladies somatiques sont retrouvées dans la population sans chez-soi**, avec une fréquence et une gravité accrues par rapport à la population générale (affections dentaires, respiratoires, infectieuses, dermatologiques ou encore traumatiques). Le fait d'être sans chez-soi aggrave les maladies chroniques qui deviennent plus complexes à prendre en charge. Par ailleurs, la souffrance mentale, les pathologies psychiques et les troubles du comportement sont particulièrement sur-représentés dans la population sans chez-soi. Les barrières à l'accès aux soins sont particulièrement présentes : utilisation des services de soins somatiques, accès aux soins en santé mentale. Une barrière de l'accès aux soins somatiques étant d'ailleurs la présence d'une maladie psychique de la même manière qu'il est difficile d'avoir accès à des soins psychiatriques quand on a une maladie physique. Les professionnels de la santé rencontrent donc des difficultés à apporter une réponse adéquate à ces personnes.

1.2. Les difficultés d'articuler la détection de problèmes de santé des personnes sans chez-soi orientées dans un logement et leur prise en charge par les professionnels de santé

Lorsque des personnes sans chez-soi sont orientées vers un logement (politique du Logement d'abord), la question se pose **des barrières à lever pour un accès aux soins** des personnes logées. Souvent, les personnes sans chez-soi ne sont pas incluses dans des formes de reconnaissance par elles et les institutions de leur maladie et rend donc leur prise en charge difficile. Le premier acte à poser pour les personnes connaissant des problèmes de santé est donc de se reconnaître malades et d'enclencher dès lors un parcours de soins. La question d'une **présence de proximité** et d'une vigilance quotidienne des personnes connaissant des problèmes de santé est donc au cœur de l'accueil dans un logement de celles-ci : présence, écoute bienveillante, détection et orientation des personnes vers les services en capacité de poser un diagnostic et une prise en charge de soins ; s'assurer de l'adéquation dans le temps

entre les difficultés de la personne et l'effectivité de la prise en charge. Les questions administratives et de capacité financière des personnes pour assumer une prise en charge médicale sont notamment à vérifier dans le parcours de soins. **L'articulation du care et du cure** au sens anglo-saxon (cf. *À quels soins se vouer ?* PUF, Claire Marin et Frédéric Worms) est donc au cœur de l'acte d'habiter pour les personnes sans chez-soi orientées vers et dans un logement, connaissant des problèmes de santé.

1.3. Les difficultés d'orientation vers et dans un logement des personnes sans chez-soi prises en charge dans un parcours de soins

De manière symétrique la désinstitutionnalisation du secteur de la santé, l'accent mis sur les services ambulatoires, le développement de la notion de parcours de soins posent de manière aigüe la **question de l'accès à un logement stable, pérenne, adapté et aidant** pour les personnes prises en charge. Pour les acteurs de la santé, la démarche est double. D'une part, il s'agit de favoriser l'accès au logement des personnes prises en charge, notamment des personnes les plus démunies et sans chez-soi, dans des formes innovantes pour mutualiser les aides humaines et mettre en place un suivi médico-social continu. Ces acteurs ont donc à cœur de **diversifier les modalités de logement/d'habitat**, en privilégiant l'accès à une plus grande autonomie et en respectant le choix de vie des personnes. D'autre part, ces acteurs se donnent pour objectif **d'améliorer et d'accompagner l'accès aux soins** préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs, d'assurer une continuité du suivi sanitaire et, enfin, de **lutter contre les ruptures des parcours sanitaires**. La question du logement des personnes sans chez-soi se trouve donc posée pour des dispositifs comme les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et les Soins de Suite et de Réadaptation (SRR).

1.4. Renforcer les partenariats entre acteurs du logement des personnes sans chez-soi et acteurs de la santé

La crise du Covid a été particulièrement révélatrice des difficultés de prise en charge santé de personnes logées dans le cadre d'une orientation prioritaire dans le logement, que cela soit au sein du logement social, en résidence sociale, en FJT, en pension de famille, en résidence accueil dans le logement diffus dans le cadre de l'intermédiation locative. Si certains partenariats ont été au rendez-vous, d'autres ont été défailants. Il y a donc, pour l'ensemble des raisons énoncées ci-dessus, **nécessité de renforcer les partenariats** engagés et/ou souhaités entre les acteurs du logement des personnes sans chez-soi et les acteurs de la santé, en identifiant mieux :

- Quels sont les obstacles et freins rencontrés par les personnes logées au regard de leurs problèmes de santé ?
- Quels ont été les points d'appui pour la mise en place d'actions coordonnées entre les acteurs du logement et les acteurs de la santé ?
- Quels sont les sujets et questions communes identifiés par ces acteurs ?
- Quelles sont les bonnes pratiques à mettre en avant ?
- Quelles sont les demandes prioritaires à porter auprès des acteurs des politiques publiques : service public de la rue au logement et les politiques et dispositifs de santé ?

2. QUELLE MÉTHODOLOGIE ?

Cette méthodologie, proposée par l'Uniopss aux Uriopss au printemps 2022, a permis à 3 Uriopss intéressées de se positionner pour mener à bien le projet, en lien avec l'Uniopss.

↳ FINALITÉ

Améliorer les articulations entre, d'une part, le secteur de l'hébergement et du logement accompagné, et d'autre part, le secteur de la santé et du médico-social au niveau territorial, dans les territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord. Ce projet a pour but de permettre une meilleure prise en charge des personnes avec besoin de soin accueillies dans les établissements d'hébergement et de logement accompagné, et une meilleure prise en charge de personnes ayant des problèmes de santé, connaissant aussi des problèmes de logement.

↳ OBJECTIFS

- Identifier les difficultés ou les points d'appui des acteurs de l'hébergement et du logement à nouer des partenariats avec les acteurs de la santé.
- Identifier les difficultés ou les points d'appui des acteurs de la santé à nouer des partenariats avec les acteurs de l'hébergement et du logement.
- Repérer les types de projets menés conjointement, leur intérêt et leur limite.
- Favoriser la prise en compte, par les ARS, des problématiques d'hébergement et de logement.

↳ ACTIONS À MENER POUR Y PARVENIR

Actions qui seront menées par l'Uniopss : Jeanne Dietrich, Conseillère technique Hébergement-Logement, Marion Münch, Conseillère technique Santé de l'Uniopss, en lien avec Gilles Desrumaux, Président du Groupe Prévention Hébergement Logement de l'Uniopss

- **Réalisation d'une note de problématique** pour présenter le sujet en amont de la réunion rassemblant les conseillers techniques Hébergement-Logement des Uriopss et les référents Santé des Uriopss.
- **Organisation d'une réunion croisée** conseillers techniques Hébergement-Logement des Uriopss / Référents Santé des Uriopss pour identifier 3 territoires sur lesquels il serait pertinent de lancer le projet.
- **Appui de la conseillère technique Hébergement-Logement de l'Uniopss**, éventuellement du Président du Groupe PHL de l'Uniopss et de la conseillère technique Santé de l'Uniopss, pour contribuer à l'animation de la réunion territoriale avec les Uriopss concernées.

- **À partir de la note territorialisée réalisée par chaque Uriopss, contribution à la construction de préconisations** sous forme de feuille de route territorialisée et mise en perspective par l'Uniopss, dans une synthèse, des préconisations ou constats communs aux 3 territoires concernés.
- **Mobilisation du service Communication de l'Uniopss** pour une mise en page valorisante du document final.

Actions qui seront menées par les Uriopss candidates : Conseiller technique Lutte contre les exclusions de l'Uriopss, Conseiller technique ou Référent Santé de l'Uriopss

- **Rencontre de l'Uriopss avec son ARS et sa DREETS** pour présenter le projet et lui demander de favoriser la mobilisation, autour du projet, de partenaires clés tels que, selon les territoires et les liens déjà existants entre l'Uriopss concernée et ces acteurs, les CPTS, les URPS, les CRSA pour que certains de leurs membres puissent participer à la réunion/aux réunions (selon les possibilités de l'Uriopss) organisée(s) avec les adhérents santé et logement de l'Uriopss, ou participer à la conception de préconisations pour la feuille de route territorialisée.
- **Organisation d'une réunion sur chacun des 3 territoires** avec les adhérents santé, hébergement et logement de l'Uriopss, en y associant l'ARS et la DREETS et en lui demandant de favoriser la présence d'autres partenaires tels qu'évoqués plus haut.
- **Animation de cette réunion** à titre principal, avec l'appui de l'Uniopss.
- **Traitement des réactions récoltées** pendant la réunion en région sur chacun des 3 territoires, intégrant notamment la question de savoir s'il serait pertinent ou non d'essayer la pratique existante sur certains territoires d'avoir un référent Santé au sein des SIAO.
- **Identification de bonnes pratiques**
- **Réalisation d'une note territorialisée** de la situation sur chacun des 3 territoires.

 **ATTENDUS**

Production par chacune des Uriopss d'une feuille de route territorialisée sur chacun des 3 territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord retenus, comportant un diagnostic des forces et des faiblesses de ces articulations sur ce territoire, avec des préconisations pour les améliorer.

CALENDRIER

Avril – Mai 2022 :	Organisation par l'Uniopss d'une réunion rassemblant les conseillers techniques Lutte contre les exclusions et les conseillers techniques / Référents Santé des Uriopss intéressées par le projet et présentation d'une note de problématique de la question pour les outiller dans l'organisation de leurs réunions territoriales.
Mai 2022 :	Rencontre par les Uriopss de leurs partenaires dans les champs de la santé, de l'hébergement et du logement.
Mai – Juin – Juillet 2022 :	Organisation par les Uriopss d'une réunion réunissant adhérents santé, logement, hébergement de l'Uriopss.
Septembre – Octobre 2022 :	Rédaction par les Uriopss d'un document de diagnostic des forces et faiblesses des articulations entre le secteur de la santé et du logement sur le territoire, et surtout de préconisations pour les améliorer, prenant la forme d'une feuille de route territorialisée.
Octobre 2022 – Décembre 2022 :	Présentation de ces préconisations aux pouvoirs publics locaux concernés, DREETS et ARS, pour confrontation, enrichissement, réactions, et consolidation des préconisations finales.
Janvier – Février 2023 :	Rédaction par l'Uniopss de mises en perspective de chaque feuille de route territorialisée au regard des feuilles de route réalisées sur les autres territoires pour comparaison, inspiration.
1^{ère} quinzaine de Mars 2023 :	Mobilisation du service Communication de l'Uniopss pour une mise en page valorisante du document final.
Fin mars 2023 :	Livraison par l'Uniopss des 3 feuilles de route et de la mise en perspective nationale à la DIHAL.

3. LE LIVRABLE DU PROJET : DES FEUILLES DE ROUTE TERRITORIALISÉES DE PRÉCONISATIONS POUR AMÉLIORER LES ARTICULATIONS ENTRE LES SECTEURS DE L'HÉBERGEMENT, DU LOGEMENT ET DE LA SANTÉ

L'Uniopss a suggéré aux Uriopss de suivre le plan suivant pour le livrable, en laissant cependant la latitude à chaque Uriopss de l'adapter aux réalités de son territoire et aux constats ou préconisations les plus marquants qui se dégagent des réunions menées localement :

- ✚ **Les améliorations d'articulations de gouvernance, de documents de programmation, et d'actions entre instances en charge de la Santé, de l'Hébergement, du Logement et du Social et entre ces instances et les associations actives dans ces domaines.**
(PRAPS/ PDAHLPD, SIAO avec un référent Santé ou pas ; Associations actives en matière de santé qui veulent proposer un accès au logement ; Associations actives en matière d'insertion dans le logement qui veulent s'assurer de la poursuite du parcours de soins de la personne suivie, etc...)
- ✚ **Les bonnes pratiques professionnelles existant déjà en matière d'articulation entre les deux secteurs, qui gagneraient à être exemplarisées, soutenues, pérennisées.**
- ✚ **Les outils permettant d'améliorer ces articulations.**
(Formation des acteurs des 2 secteurs, par exemple : prévision dans les CPOM AHI d'actions à dimension Santé avec un co-financement par l'ARS, etc...).



Uriopss Auvergne-Rhône-Alpes

Feuille de route pour l'amélioration de l'articulation de l'action en santé, hébergement et logement

Note introductive

❖ *Objectifs de la démarche*

L'Uriopss a été sollicitée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) pour animer une réflexion intersectorielle portant sur les liens entre santé, logement et précarité sur les territoires de mise en œuvre accélérée du « Logement d'abord » dans le réseau des Uriopss.

L'Uriopss Auvergne-Rhône-Alpes a été retenue pour la mise en œuvre territoriale du premier acte de cette étude, dont le terme est prévu en mars 2023. Le présent document vise à restituer les résultats de cette démarche sous la forme d'une feuille de route, qui reprend et synthétise les préconisations des contributeurs.

L'esprit dans lequel cette démarche a été conduite était de favoriser l'interconnaissance des acteurs intervenant dans les secteurs de la santé, de l'hébergement et du logement au sein des territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord, de poser un diagnostic des publics et des problématiques sur les territoires et d'identifier les bonnes pratiques – mais aussi les dysfonctionnements – dans les dispositifs et coopérations existants sur les territoires expérimentateurs du Logement d'abord.

Il est important de préciser que la participation à cette démarche a été ouverte au-delà du cercle des adhérents de l'Uriopss Auvergne-Rhône-Alpes. **Au total, ce sont plus de 30 structures qui ont contribué à cette démarche** (cf. liste des contributeurs en annexe).

❖ Retour sur les travaux réalisés

L'étude s'est déroulée d'avril 2022 à février 2023. Les principaux jalons en sont présentés ci-après :

- Organisation, animation et restitution d'une première journée de travail le 29 juin 2022, avec une trentaine de participants, représentant 20 associations ou organismes gestionnaires issus de 4 territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord.
- Organisation, animation et restitution d'une seconde journée de travail le 7 décembre, avec une vingtaine de participants, têtes de réseaux, associations et partenaires institutionnels (2 représentants de la DREETS, 2 représentants de l'ARS et 1 représentant d'une collectivité porteuse du Logement d'abord).
- Rédaction de la feuille de route – début 2023.
- Prolongation des travaux dans le cadre d'une commission Lutte contre l'exclusion, hébergement, logement animée par l'Uriopss Auvergne-Rhône-Alpes en 2023.

Synthèse des résultats

NOTICE DE LECTURE

Pour structurer la démarche d'étude, le choix a été fait de distinguer les constats et les préconisations selon trois niveaux :

- **Le niveau « politique publique »**, qui correspond aux instances de gouvernance et au pilotage stratégique de l'action publique dans les thématiques ciblées ;
- **Le niveau « dispositifs »**, qui correspond aux dispositifs d'accompagnement des usagers dans leur parcours de santé, d'hébergement et vers et dans le logement, ainsi qu'à leur articulation ;
- **Le niveau « pratiques d'accompagnement »**, qui correspond aux compétences, aux outils et aux pratiques professionnelles visant l'amélioration des parcours des usagers en la matière.

Les résultats de l'étude sont restitués selon cette grille de lecture.

I – Gouvernance et dialogue intersectoriel

❖ Synthèse

Les contributeurs à l'étude s'accordent sur le fait que les stratégies et plans actuels peinent à traduire **une vision globale des personnes précaires** confrontées à des problèmes de santé et à un besoin d'accès à l'hébergement ou au logement dans leurs orientations stratégiques :

- L'absence de logement, d'hébergement ou le mal-logement comme déterminant majeur de la santé des personnes ;
- Les inégalités sociales et de santé comme frein à l'accès et au maintien dans un logement décent.

La coordination des interventions au plus haut niveau est pourtant d'une importance fondamentale pour sortir du cercle pour aborder ces problématiques de façon intégrée.

Un premier pas a été fait dans la prise en compte des liens et de problématiques d'intégration de la santé dans les parcours hébergement-logement :

- Parmi les orientations du PRAPS Auvergne-Rhône-Alpes figure le fait de « favoriser le travail en réseau entre les professionnels des champs sanitaires et sociaux pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes précaires, avec un objectif portant plus précisément sur le fait d'« améliorer la prise en charge des personnes sans domicile individuel en sécurisant le logement »¹.
- Le PDALHPD de la Métropole de Lyon comporte un objectif visant à « renforcer les liens entre les secteurs de l'hébergement, du logement accompagné et du logement ordinaire notamment par des groupes de travail thématiques sur les ménages à besoins spécifiques réunissant des acteurs relevant des champs de l'action sociale et de la santé »².

Pourtant, sur le plan opérationnel, les deux plans se bornent à l'expérimentation « un chez-soi d'abord » à destination des publics durablement sans-abri et souffrant de pathologies mentales sévères. Si cela est louable, **les contributeurs appellent à ce que la prise en compte des enjeux liés à la santé et à l'accès à l'hébergement et au logement soient davantage intégrés en lien avec non seulement les problématiques de santé mentale, mais également d'accès à la santé de droit commun.** Cette intégration doit passer par un travail de planification stratégique et opérationnel, impliquant les acteurs de terrain du champ de l'intervention sociale et sanitaire.

Une contribution inter-associative au renouvellement du PRAPS est en cours d'élaboration et met en exergue les enjeux de meilleure articulation des politiques publiques sur ce plan, notamment en termes de financements croisés d'actions dans le cadre d'expérimentations, ou bien de la pérennisation d'actions engagées dans le cadre de la cosignature de CPOM par la DREETS et l'ARS, par exemple.

¹ PRAPS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023, p.16

² PDALHPD Métropole de Lyon 2016-2020, p.16

Les contributeurs identifient également les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) comme des lieux devant permettre de faire vivre cette coordination au niveau local. De création encore récente, il s'agit d'intégrer pleinement cet enjeu de coordination santé-hébergement-logement dans leurs feuilles de route opérationnelles. À noter qu'un poste de chargé de coordination des PTSM, référent sur la question de la santé mentale, vient d'être pourvu à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Enfin, les contributeurs appellent à ce que les instances de concertation sectorielles se dotent également d'organes réellement moteurs en la matière, afin de coordonner et de se saisir des opportunités futures en ce domaine – poursuite de la stratégie du Logement d'abord et de la lutte contre le sans-abrisme en particulier.

FREINS

Freins liés à des politiques publiques « en silos » :

Les politiques et plans actuels ont une difficulté à intégrer une vision globale des personnes en difficulté, qui rencontrent des problèmes de santé et ont un besoin d'accès au logement.

Freins liés à une politique résiduelle :

L'accès au droit commun étant difficile pour les personnes, celles-ci sont orientées vers les associations qui portent la responsabilité à la fois de l'accès au logement et à la santé des personnes.

- L'accès au logement est difficile pour ces personnes à bas revenus, qui connaissent également des problèmes de santé.
- L'accès à la santé est problématique pour ces personnes en raison de la fermeture d'un certain nombre de lits hospitaliers et d'un accueil insuffisant de la médecine de ville et ambulatoire.

Freins liés à un manque de concertation entre acteurs :

Les Plans territoriaux de santé mentale manquent de lisibilité et nécessitent d'être actualisés pour intégrer davantage ces dimensions.

LEVIERS

Levier que constituerait le dépassement d'une approche en silos, se traduisant dans les cadres de politiques publiques et leur déclinaison en appels à projets.

Leviers que constitueraient les plans et instances existants, à condition qu'ils intègrent en miroir des axes permettant de prendre en compte l'articulation entre santé, hébergement et logement.

- PRAPS, PTSM et leur coordination nécessaire avec les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), PDALHPD, contractualisation État-Département.

Levier que représente la création d'un groupe santé-précarité au sein de la CRSA depuis mai 2022.

Leviers que constituent les associations du secteur AHI à condition qu'elles aient des moyens d'accompagnement des personnes non fléchés dans des dispositifs logement ou santé dans le cadre d'un accompagnement de la personne dans sa globalité.

De création encore récente, le groupe « santé-précarité » de la CRSA est prometteur à ce titre, à condition de poursuivre des objectifs de propositions opérationnelles et associe étroitement les associations représentatives du secteur de la santé, de l'hébergement et du logement.

Parmi les propositions figure également la rédaction d'une note politique à destination des instances santé hébergement (CHAL) et logement (CRHH) pour orienter les échanges sur les liens entre grande précarité, santé et hébergement/logement. Une intervention pour restituer les résultats de la présente étude est prévue en CHAL en mars 2023.

❖ *Identification des freins et des leviers*

Propositions relatives à l'intégration de l'articulation santé-hébergement-logement dans les plans et instances

- Actualiser de manière régulière les PTSM en y intégrant une attention particulière aux publics en parcours d'hébergement, d'accès au logement ou de maintien dans le logement, pouvoir communiquer de manière plus souple avec les CLSM grâce à l'identification d'un interlocuteur unique.
- Intégrer dans les PDALHPD la prise en compte des besoins en santé et d'accompagnement des ménages en parcours d'accès au logement et dans le maintien dans le logement.
- Intégrer dans la réécriture du PRAPS une contribution inter-associative portant sur la prise en compte des besoins spécifiques santé-précarité et des articulations nécessaires avec la question de l'hébergement et du logement.
- Rédiger une note politique à destination des instances santé (CRSA), hébergement (CHAL) et logement (CRHH) pour orienter les échanges sur les liens entre grande précarité, santé et hébergement/logement.
- Réfléchir aux espaces d'intégration de la thématique hébergement/logement dans le parcours des personnes concernées – PTSM, espaces de gouvernance, CRPA, conseils d'administration.

Propositions relatives à l'intégration de cadres contractuels permettant l'articulation et le financement d'actions santé-hébergement-logement

- Conclure des CPOM pluriannuels avec les opérateurs, associant DREETS et ARS, avec des financements conjoints d'actions faisant intervenir des équipes pluridisciplinaires.

II – Parcours santé-hébergement-logement et acteurs

❖ *Synthèse*

Il ressort aujourd'hui que la problématique ne porte pas tant sur l'absence de dispositifs que sur la méconnaissance des dispositifs existants, et sur la réduction des capacités de prise en charge, notamment de la psychiatrie hospitalière.

Un des leviers préconisés par les contributeurs porte ainsi sur l'amélioration de l'information sur les ressources existantes en matière de prise en charge sanitaire, d'accompagnement social et d'accompagnement vers et dans le logement des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. Une initiative doit à cet égard être valorisée, portée par le RESAP ([Réseau Ressource Santé Précarité](#)).

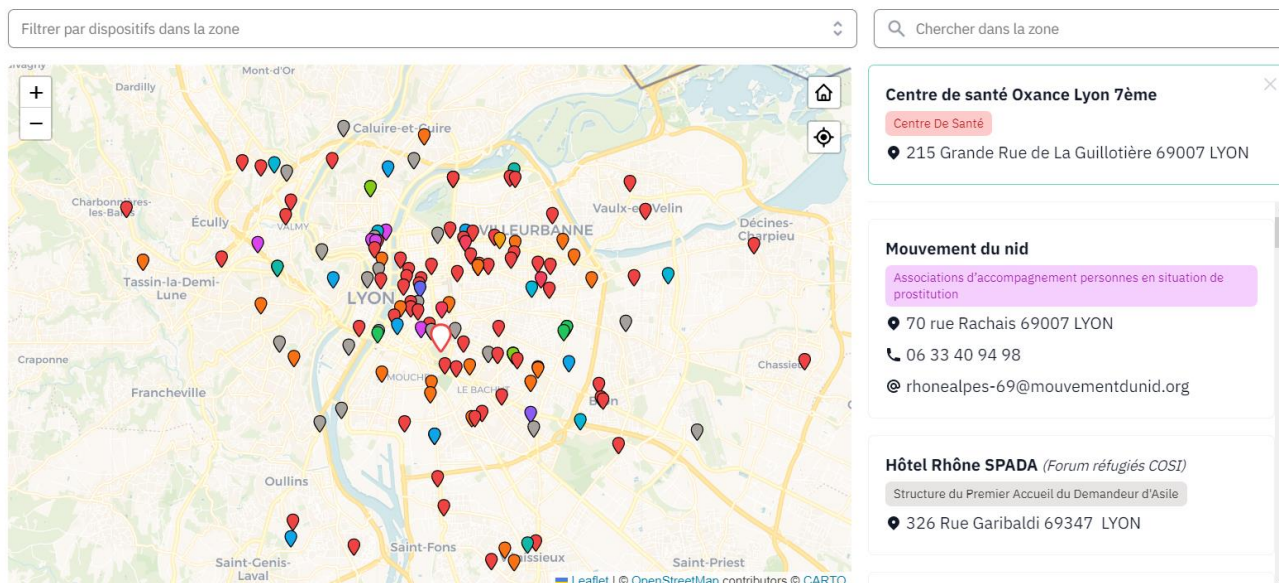


Figure 1 – Le RESAP permet d'identifier les ressources du territoire en matière d'accompagnement social, à destination des acteurs sanitaires

Le second levier qui fait l'objet de préconisations de la part des contributeurs **porte sur le renforcement de l'intégration de compétences sanitaires dans les dispositifs à vocation d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement social**. Outre le développement de dispositifs mobiles, à l'instar des équipes mobiles psychiatrie précarité, ainsi que le financement de temps de poste de psychologues pour intervenir dans les structures d'hébergement comme c'est actuellement le cas, les contributeurs identifient une piste à creuser sur l'intégration de référents santé au sein des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO).

La création de référents santé au sein des SIAO permettrait ainsi d'améliorer l'identification des problématiques de santé, l'orientation vers les solutions de prise en charge sur le territoire, la coordination et le dialogue entre les acteurs du champ social et les acteurs du champ sanitaire. Le renforcement du travail avec les médiateurs santé, et le développement de liens avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) apparaissent également comme un levier intéressant à activer pour travailler sur le lien avec l'accès à l'offre de soin de droit commun.

Enfin, plusieurs propositions portent sur le **développement de nouvelles formes d'accompagnement**, en particulier le renforcement des approches de remobilisation et de thérapie par les « pairs », à l'instar des Groupes d'entraide mutuels.

❖ Identification des freins et leviers

FREINS

Freins relatifs aux collaborations entre les secteurs social et sanitaire

- Absence d'acteurs jouant le rôle de fil rouge en matière de parcours de santé des personnes dans le cadre de leur parcours d'hébergement / de logement. Ce rôle de fil rouge est joué par des dispositifs spécifiques – ex. Équipes mobiles psychiatrie précarité.
- La multiplicité des dispositifs est également un frein pour les travailleurs sociaux en termes de lisibilité, lorsqu'ils doivent orienter les personnes accueillies vers des réponses adaptées – santé mentale, addictologie...

Freins relatifs aux conditions d'accès à l'hébergement / logement et aux soins

- Des conditions qui limitent l'accès des publics ne bénéficiant pas d'un hébergement ou d'un logement à certains dispositifs de soin.
- Des difficultés à capter des logements, en particulier en zone tendue, pour travailler l'accès au Logement d'abord.
- Des commissions d'identification des « publics prioritaires » pour l'attribution de logement dont les critères de priorisation ne sont pas toujours clairs ou bien compris par les acteurs.

Freins relatifs à l'intégration du volet sanitaire dans l'accompagnement social

- Absence de référent santé au sein des SIAO, qui ne permet pas d'intégrer la question de la santé dans les parcours de façon satisfaisante.
- Difficulté pour les personnes accompagnées à formuler une demande de soin, d'autant plus dans le cadre d'un accompagnement centré sur l'accès au logement et les aspects administratifs.

LEVIERS

Leviers relatifs à l'offre de dispositifs existants à l'articulation de l'hébergement / logement et de la santé

- Un nombre important de dispositifs permettant de travailler à l'articulation entre hébergement/logement et prise en charge sanitaire sur la Métropole de Lyon, malgré un manque de lisibilité certain.
- L'existence de modèles inspirants sur la Métropole lyonnaise, qui pourraient être transposés pour travailler sur les questions de santé – santé mentale, addictions – dans les parcours d'hébergement / de logement – ex. groupes d'entraide mutuelle en psychiatrie, Lyon Club House (thématique travail, usagers de psychiatrie).

Leviers que constituent les dispositifs de coordination des parcours hébergement et logement existants

- Les SIAO en tant qu'outils de concertation entre acteurs hébergement/logement et acteurs de santé (référént santé, groupes de travail...) en application de l'instruction du 31 mars 2022.
- Les plateformes territoriales d'accompagnement (PTA) pour travailler sur l'intégration des problématiques de santé avec les acteurs du Logement d'abord.

Leviers relatifs à l'intégration de référents « santé » et à l'animation de cette dimension dans les structures du secteur AHI

- Le développement ces dernières années, dans le contexte de la crise sanitaire, de pôles et de référents santé à l'intérieur des structures.
- Des ressources en matière de formation et d'outillage des travailleurs sociaux sur la santé et l'accès aux droits et d'animation d'un réseau professionnel sur le volet santé (par ex. ADES 69).

Propositions relatives à l'intégration de la santé dans l'accompagnement hébergement / logement :

- Renforcer l'intégration du médical dans les structures – ESSIP, EMPP, Pôle santé...
- Travailler sur les orientations vers le droit commun en santé, l'identification d'une référence en santé pour les personnes accompagnées ;
- Renforcer les SIAO sur les aspects santé en intégrant des référents santé, en organisant la concertation entre acteurs santé/logement, en adoptant un cadre conventionnel associant les ARS et acteurs santé.

Propositions relatives à la création d'une structure ou d'un groupement d'acteurs responsables de l'accompagnement santé (ex. GIP)

- Modèle dans lequel l'accompagnement à la santé des publics en hébergement ou en parcours vers et dans le logement serait réalisé par un acteur « universel », hors structure.

Propositions relatives au développement de nouvelles formes d'accompagnement :

- Développer des dispositifs de remobilisation et de travail pairs en matière de santé et de prévention, et à leur intégration dans les accompagnements vers et dans le logement / les dispositifs d'hébergement.
- Réfléchir à des solutions d'accompagnement modulables adaptées aux besoins des personnes en situation de précarité et leurs besoins de santé, par exemple :
 - L'hébergement partagé entre structures ;
 - La modulation dans l'intensité, dans le temps permettant de travailler l'autonomisation dans le logement... (sans pour autant relever des pensions de famille).

III – Pratiques d'accompagnement

❖ Synthèse

Face à la question du turn-over des professionnels et à la nécessité de développer les compétences que demande une approche intégrée de l'accompagnement sur les dimensions santé-hébergement-logement, **la formation** apparaît, pour les contributeurs, **être un levier pertinent à mobiliser**.

Il s'agit en particulier de la question de la formation respective des professionnels du social et du sanitaire à un tronc commun minimal autour des questions de santé et de précarité, ainsi que sur les principales ressources, dispositifs et acteurs intervenant à ce croisement. En particulier, l'idée de mettre sur pieds des formations croisées entre professionnels du social et du sanitaire est émise – développement d'une culture commune, possibilité de périodes d'immersion, selon des modalités pédagogiques à définir – possibilité par exemple du mutualiser tout ou partie du parcours, de faire travailler des groupes mixtes sur des cas pratiques... En toute cohérence, cela invite à la mise en place de programmes de formation mutualisés et cofinancés entre institutions du secteur sanitaire et social.

La prise en compte de l'expertise d'usage est également identifiée comme un levier intéressant, avec par exemple, la proposition d'intégrer les questions liées à la santé, au logement et à l'hébergement dans les formations de pair-aidants.

Enfin, un frein purement pratique est également identifié, concernant l'absence fréquente de locaux adaptés et dédiés à l'accompagnement en santé dans les structures d'accompagnement social. Le travail sur la définition d'un cadre partenarial commun facilitant l'échange d'informations couvertes par le secret partagé apparaît également comme une piste intéressante émise par les contributeurs.

❖ *Identification des freins et des leviers*

Propositions relatives au socle minimal commun de connaissances et de compétences

- Former les professionnels du secteur social aux bases de la prise en charge des problématiques de santé et les professionnels de santé aux problématiques spécifiques des patients en situation de précarité, pourquoi pas dans le cadre de formations croisées – développement d'une culture commune, possibilité de périodes d'immersion...
- Mettre en place des plans de formation mutualisés entre institutions.

LEVIERS

Leviers relatifs aux intervenants

- Développement de la pair-aidance, prise en compte croissante des expertises d'usage ;
- Intervention de bénévoles sur la dimension santé.

Leviers relatifs à la connaissance des réseaux et dispositifs

- Mise à jour régulière d'outils de recensement des dispositifs existants : initialement destinés aux personnes en situation de précarité, ces outils s'avèrent fort utiles pour les professionnels également.

Lorsqu'ils fonctionnent de manière satisfaisante, les CLSM sont des outils importants.

FREINS

Freins relatifs aux formations initiales, champs d'intervention et compétences

- Bien logiquement, les formations initiales des professionnels conditionnent leurs champs d'intervention. Les compétences acquises sont complémentaires.
- Pour autant, les publics accompagnés s'inscrivent dans un parcours et les problématiques auxquelles ils doivent faire face les soignants et travailleurs sociaux sont multiples, ce qui implique d'avoir un minimum de connaissances transverses.

Freins relatifs aux problématiques de turn-over des professionnels

- Le turn-over important dans le secteur induit une perte d'expertise et des difficultés dans le maintien de partenariats efficaces qui tiennent souvent à des personnes.

Freins relatifs à des questions de locaux adaptés au suivi en santé dans les structures d'hébergement

- Une association témoigne qu'elle aimerait bien faire du suivi en santé des personnes accompagnées, mais ne dispose pas de locaux adaptés dans les structures associatives d'hébergement dans lesquelles elle intervient – pour recevoir les personnes, passer les appels aux partenaires médicaux, etc...

Propositions relatives à la prise en compte de l'expertise d'usage

- Soutenir les actions de formation des pair-aidants, en y intégrant les questions liées à l'hébergement / au logement ;
- Soutenir l'intervention de pairs aidants au sein des écoles de formation ainsi que des services d'accompagnement.

Propositions relatives à la mutualisation de moyens pour assurer le suivi en santé des personnes en parcours hébergement / logement

- Réfléchir à l'opportunité de mutualiser un espace commun à plusieurs associations pour le suivi santé des personnes en parcours hébergement / logement ;
- Réfléchir à la mise en place de lieux ouverts (dans la mouvance des tiers-lieux), sans connotation ni santé ni sociale, mais permettant l'accès à des professionnels (dans la lignée des Points d'Accueil écoute Jeunes) comme une clé de prise de confiance des jeunes et d'adhésion aux services proposés, tant de santé que d'accès aux droits ou d'accompagnement social.

ANNEXE

Liste des contributeurs

Structure	Nom	Fonction
ADES 69	BARNOUX Madiana	Chargée de projet
ALYNEA	HINSCHBERGER Sophie	Directrice opérationnelle
ANEF 63	ROSSIGNOL Héléne	Directrice du Pôle Hébergement / Logement
ANEF 63	DENEF Florence	Directrice Pôle Allier
ARS AURA	CHAMBE Fabienne	Coordinatrice du PRAPS, référente santé-précarité
DD ARS 69	SCHMITT Marielle	Responsable du Pôle santé publique
BASILIADE	HAUVILLE Nathalie	Cheffe de service
BASILIADE	TESSIER Marc	Directeur général
CECLER	CHARMEIL Dominique	Directrice générale
Collectif partage et projets	HENRY Loraine	Directrice
DREETS AURA	BARRUEL Pierre	Directeur adjoint
DREETS AURA	TROMPETTE Camille	Référent des politiques AHI
Fédération santé habitat	GRISONI Bérangère	Chargée de l'animation
Fondation Aralis	DESRUMAUX Gilles	Président
Fondation ARHM	CANDIAGO Lise	Psychologue
Fondation ARHM	JACQUET Odile	Infirmière
FAS	HERVAGAUULT Christèle	Coordinatrice santé
Habitat et humanisme	DURAND Sandrine	Responsable service santé
Habitat et humanisme	POURRIAS Axelle	Cheffe de service territorial
Habitat et humanisme	PELIER Yves	Chef de service
IREPS	SAUVIGNET Emilie	Chargée de projet
La Sasson	KLEINMANN Stéphane	Cadre éducatif
LAHSO	SALINAS Karine	Responsable de service
LAHSO	FERRARD Sandra	Chargée de coordination en accueil de jour
Maison de la veille sociale (SIAO)	MONTORO Ledjana	Chargée de mission
Métropole de Lyon	LUCAS Juliette	Chargée de développement territorial
Oppelia	PEYRONNET Murielle	Directrice adjointe
ORLOGES	CHAPON Elizabeth	Chef de service
ORSPERE SAMDARA	GILLIOT Elodie	Psychologue et Responsable pédagogique du DU LDA
Point d'eau	DIOT Richard	Directeur
Respect 73	MENTHONNEX Ève	Directrice
SOLIHA	GELSO Daniela	Directrice
SIAO 38	SANTIN-JANIN Alice	Directrice
SIAO 69	DUROUX Samuel	Directeur
UCSA Lyon	ORCEL Marion	Coordinatrice
UNIOPSS	DIETRICH Jeanne	Conseillère technique AHI
URHAJ	BONNEAU Carole	Directrice adjointe
URIOPSS AURA	GIFFARD Benoît	Conseiller technique
URIOPSS AURA	BREYSSE Natalia	Directrice
URCLLAJ	LEMARIE Charlène	Chargée de Projet



Uriopss Hauts-de-France

Feuille de route Articulation santé/ logement Territoire Communauté d'Agglomération de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane CABBALR et Communauté de Communes Flandre Lys CC Flandre Lys

I – Contexte National

Avant la crise Covid, les adhérents du Secteur du Logement, notamment ceux accueillant des personnes en souffrance psychique mais aussi ceux accueillant des personnes vieillissantes de plus en plus confrontées à des pathologies lourdes, ou ceux accueillant des jeunes avec des problèmes d'addictions et les problèmes de santé qui y sont associés, dans les CHRS, Pensions de Famille, en Intermédiation Locative, se trouvaient en difficulté pour créer des ponts avec le secteur de la Santé et pouvoir orienter sur la dimension Soins les personnes suivies.

Les acteurs de la Santé se trouvaient par ailleurs souvent un peu perdus lorsqu'il s'agissait de proposer à des personnes ayant rencontré des problèmes de santé une nouvelle solution de logement adapté dans laquelle leurs soins pourraient se poursuivre.

En région, des initiatives locales ont pu être remontées auprès de l'Uniopss, avec pour limite un problème de modélisation, d'essaimage ou de poursuite du projet au-delà de la bonne volonté de quelques associations ou institutions.

Enfin, la DIHAL, consciente de ces difficultés d'articulation, et en vertu de sa dimension transversale, est en attente de propositions associatives d'améliorations de ces articulations.

La crise Covid a fait ressortir avec encore plus de force ce besoin, a également fait émerger des bonnes pratiques, et a finalement créé le contexte propice pour avancer cette fois réellement sur cette question.

II – Présentation du projet en région Hauts-de-France

❖ *Les objectifs*

Dans ce contexte, sur 3 territoires, en lien avec les Uriopss, l'Uniopss a pour projet de mener une réflexion qui pourra se traduire par une recherche-action sur le renforcement des liens entre le social, le médico-social et le sanitaire.

Elle se déroulera principalement sur les territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord. Le plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022) généralise le principe du Logement d'abord et l'insère dans une réforme structurelle de l'accès au logement pour les personnes sans domicile fixe, qu'elles soient à la rue ou hébergées, mais également pour les personnes mal logées ou rencontrant des difficultés à se maintenir dans leur logement.

C'est dans ce cadre que l'Uriopss Haut-de-France a été sollicitée afin de mener un travail avec l'ensemble des acteurs du champ du logement et de la santé, dans le but de procéder à un diagnostic des liens existants entre ces secteurs, leurs dysfonctionnements éventuels. L'objectif étant de pouvoir créer des parcours de soins sécurisés pour les personnes accueillies et accompagnées par les acteurs du logement et de l'hébergement.

Il sera question de pouvoir travailler sur l'ensemble des problématiques de santé rencontrées par les personnes accompagnées.

Certains territoires du Pas-de-Calais se sont inscrits dans la mise en œuvre du Logement d'abord. Deux projets départementaux ont ainsi bénéficié d'un financement spécifique de la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL), afin de mettre en œuvre la stratégie Logement d'abord de façon accélérée :

- Un projet porté par la Communauté Urbaine d'Arras dans le cadre du premier appel à manifestation d'intérêt (AMI 1) ;
- Un projet porté par le Département, qui couvre l'ex bassin minier (co-porté avec la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin, la Communauté d'Agglomération d'Hénin-Carvin et la Communauté d'Agglomération de Béthune, Bruay Artois Lys) dans le cadre de l'AMI 1 mais également dans le cadre de l'AMI 2 Boulonnais, de l'Audomarois et de la frange rurale du Montreuillois.

Il nous est apparu opportun de pouvoir travailler sur un territoire déployant le Logement d'abord dans le cadre de l'AMI 1 et dont les indicateurs à la fois de santé et de logement, nécessitent une approche systémique. Le territoire de la Communauté d'agglomération Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane + CC Flandre Lys a ainsi été choisi.

En animant tout d'abord une réflexion avec les acteurs de ce territoire, qui se veulent multisectoriels, notre travail a consisté à tenter de dégager une modélisation cohérente à la fois de l'existant, des besoins et des évolutions pouvant être nécessaires à la mise en œuvre effective d'une articulation entre le secteur du logement, de la santé, mais pas seulement.

❖ Propositions de mise en œuvre

■ La composition du groupe de travail

Dans le département du Pas-de-Calais et plus précisément sur le territoire de la CABBALR, la mise en œuvre de la politique du Logement d'abord est portée par le Département, associé pleinement à la concertation. Intégrer une politique de Logement d'abord induit un changement de paradigme dans l'accompagnement, qui vient s'adapter au parcours du ménage et à sa situation vis-à-vis du logement et qui limite l'approche de l'accompagnement se fondant uniquement sur la situation « administrative » de la personne.

Les ménages en question présentent un cumul de problématiques en matière de gestion budgétaire, santé, parentalité, insertion professionnelle, qui compromettent leur parcours logement.

Ainsi, se sont développées des dynamiques autour de l'accompagnement des parcours complexes.

La réflexion à mener a induit d'ouvrir et d'intégrer la participation de l'ensemble des partenaires et des financeurs que sont les acteurs du logement, de l'accompagnement, du sanitaire, de l'accès aux droits et de l'aide à domicile pouvant tous concourir à différents niveaux à l'accès et/ou au maintien dans le logement des personnes présentant une ou des problématiques de santé.

Le cadre de cette réflexion s'est donc voulu relativement ouvert et a visé à développer un mode de concertation pour penser collectivement la question de l'articulation entre le secteur du logement et le secteur sanitaire et tenter d'élaborer des propositions qui répondent aux difficultés identifiées pour les personnes accompagnées.

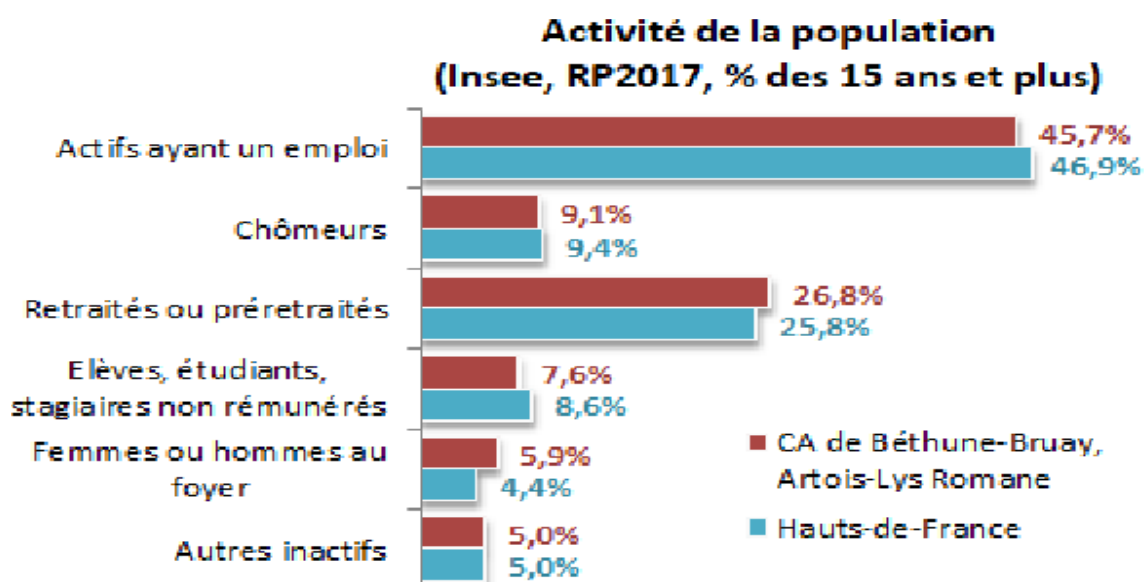
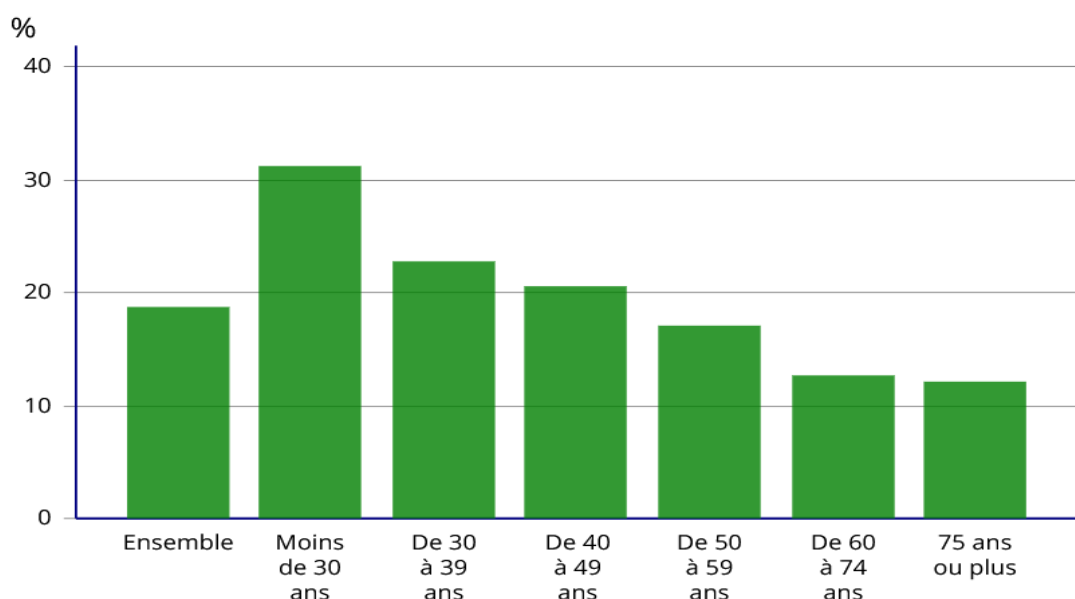
Après une première réunion de présentation et de concertation qui a permis la constitution d'un groupe de travail intersectoriel élargi, qui s'est mobilisé pendant 4 demi-journées, dans la production d'une analyse collective des réalités de travail en/de réseau, des opportunités et limites et des perspectives d'évolution réalistes/réalisables/souhaitables.

■ Le territoire de la CABBLR : données démographiques

Le territoire de la Communauté d'Agglomération Béthune-Bruay Artois Lys Romane (CABBLR) regroupe 104 communes pour un peu moins de 277 000 habitants. De manière adjacente, la population de ce territoire est jeune ; en 2019, les moins de 30 ans représentaient plus du tiers de la population (36,4 %). Pour autant, l'analyse des tranches d'âge montre une tendance au vieillissement de la population. Les plus de 60 ans sont passés de 22,4 % en 2012 à 24,9 % en 2019, avec une plus forte progression sur la tranche des 60-74 ans.

On note un taux de pauvreté en 2019 de 18,8 % pour une moyenne régionale de 17,9 % – un tiers des moins de 30 ans (31,2 %) et des locataires (36,2 %) vivent sous le seuil de pauvreté (31,2 %).

REV G1 - Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2019



Données liées au logement

Le territoire de la CABBALR présente le taux le plus élevé de logements en termes de parc social. 27 % des résidences principales sont des logements locatifs sociaux (contre 26,5 % au niveau départemental et 15,6 % au niveau national).

Malgré un nombre important de logements, on note une mauvaise répartition territoriale, avec une forte concentration au niveau des villes-centres, au détriment des territoires ruraux et des logements inadaptés à certaines demandes (typologie/inadaptation aux handicaps et vieillissement de la population).

Le parc privé, même s'il est suffisant sur le territoire, est souvent inadapté et de qualité médiocre, notamment ancien ou indigne et accueille en partie une population précaire et vulnérable avec :

- Des propriétaires rencontrant des difficultés pour assumer leurs charges et dans l'incapacité d'investir pour l'entretenir ;
- Des locataires qui, faute de ressources suffisantes, louent des logements aux faibles loyers mais très énergivores.

En 2020, 9 386 demandes ont été enregistrées auprès du 115 du Pas-de-Calais, représentant 2 663 demandes pour des femmes et 6 723 pour des hommes âgés majoritairement entre 25 ans et 59 ans (56 %). Il est à noter également une prévalence de demandes pour des jeunes âgés de 18 à 24 ans (pour 31 %).

Concernant le parc d'hébergement, le parc régional est composé de 14 008 places, soit 7,1 % du parc national avec 2 362 places pour le Département du Pas-de-Calais.

Pour le territoire de la CABBALR, on dénombre :

- 260 places d'hébergement de droit commun, dont 158 en CHR, réparties principalement entre Béthune et Annezin
- 102 places en centre d'hébergement d'urgence
- 161 places d'hébergement dédiées aux demandeurs d'asile
- 1 résidence sociale Habitat Jeune
- 16 logements PLAI (Prêt Locatif Aidé d'Intégration)
- 4 pensions de famille
- 1 résidence accueil
- 1 dispositif « passerelle »

Au regard de la politique Logement d'abord déployée sur le territoire, il est à noter que l'antenne SIAO et le coordinateur Logement d'abord, en lien avec l'ensemble des acteurs sur le territoire, facilitent l'accès au logement des personnes à la rue ou hébergées, et plus largement des personnes ayant des parcours logements complexes.

Contexte sanitaire

Le département du Pas-de-Calais présente un taux de mortalité plus élevé que celui de la France métropolitaine (11 % contre 9,7 %).

En termes d'accès aux soins³, le territoire comporte 8 029 personnes bénéficiaires de la CSS participative et 25 648 personnes bénéficiaires de la CSS non participative, soit respectivement 3,22 % et 10,3 % des habitants affiliés au régime général de la CPAM Artois du territoire. Parmi ces habitants, 20,3% sont actuellement en Affection de Longue Durée (ALD).

En termes de non-recours aux soins : 2,7 % sont sans aucun soin ou consultation depuis 1 an et 95 % sont sans consultation bucco-dentaire depuis 2 ans. De même, 12,8 % n'ont pas déclaré de médecin traitant et 6,27 % ont déclaré un médecin traitant qui n'existe plus.

³ Indicateurs actualisés pour 2022 – CPAM Artois

Offre de santé

Le territoire de la CABBALR présente des difficultés en matière de démographie médicale. On note une faible densité de médecin généraliste et un médecin sur deux a plus de 55 ans en 2019. Pour autant, on note, de la part de l'ARS, une politique volontariste, avec un enjeu de renouvellement et de renforcement de l'offre de santé sur le territoire. On note une dynamique en cours pour renforcer l'offre de santé avec des maisons de santé pluridisciplinaires, des centres de santé.

Comme pour l'ensemble de la région, le territoire n'échappe pas au manque de psychiatres. Ce qui rallonge les délais de prise en charge et donc augmente les délais d'attente d'accès aux soins, avec un délai de prise en charge qui s'alourdit (en moyenne 2/3 mois pour les CMP).

Au cours de l'année 2018, la CABBALR s'est dotée de nouvelles compétences en matière de santé qui se traduit aujourd'hui par le déploiement d'un Contrat local de santé et d'un Conseil Local de Santé mentale.

Les 3 enjeux prioritaires du Contrat Local de Santé sont :

- Développer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.
- Développer-renforcer l'offre de prévention des enfants et des jeunes : les 6-25 ans.
- Accompagner les personnes vulnérables dans leurs parcours de santé.

Trois thèmes prioritaires de travail ont été identifiés pour le CLSM :

- **Le logement** : l'amélioration de l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques par la simplification des modalités d'accès et de maintien dans un logement.
- **La prévention** vers les usagers, leurs familles et les professionnels du territoire : l'information et la communication sur la santé mentale pour lutter contre la stigmatisation des malades ; l'amélioration de la connaissance de l'offre en santé mentale de l'ensemble des acteurs.
- **La réponse aux situations complexes** : pour répondre aux besoins spécifiques de personnes en rupture ou en risque de rupture dans leur parcours de santé, une commission des parcours complexes du CLSM réunira tous les acteurs intervenant dans le parcours de vie des patients afin de fournir la meilleure réponse face à ces situations individuelles complexes.

Concernant les services hospitaliers, sur le territoire de la CABBALR, sont présents :

- **Le Centre Hospitalier de Béthune Beuvry** qui est un hôpital de proximité et de recours qui propose une offre de soins complète : urgences, consultations, examens, interventions chirurgicales, etc. ainsi en médecine, chirurgie et en oncologie. Il accueille des patients en urgence, en programmé conventionnel et en ambulatoire, ainsi que des patients chroniques. Il dispose d'une maternité de niveau 2, d'un EHPAD et d'un plateau médico-technique important. De plus, le Centre Hospitalier de Béthune Beuvry intègre une Maison Médicale de Garde et porte la permanence d'accès aux soins de santé.
- **La Polyclinique de la Clarence**, établissement du Groupe AHNAC, association à but non lucratif, avec une activité diversifiée (Médecine, Chirurgie, Maternité, Soins de Suite et de Réadaptation, Surveillance Continue).

- **La Clinique Anne d'Artois** qui pratique des activités de chirurgie, développe la médecine (avec une filière gériatrique), propose des prises en charge en cancérologie et dispose d'une maternité ainsi que d'un service d'urgences ouvert 24 heures/24, 7 jours/7.
- **L'Établissement Public de Santé Mentale Val de Lys-Artois** qui prend en charge les personnes souffrant de troubles psychiques sur les territoires de l'Artois, de l'Audomarois et du Ternois. Il comprend 9 secteurs (7 de psychiatrie générale, 2 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). Sur le territoire de la CABBALR, il porte un CSAPA, le jeu de Pomme à Béthune.

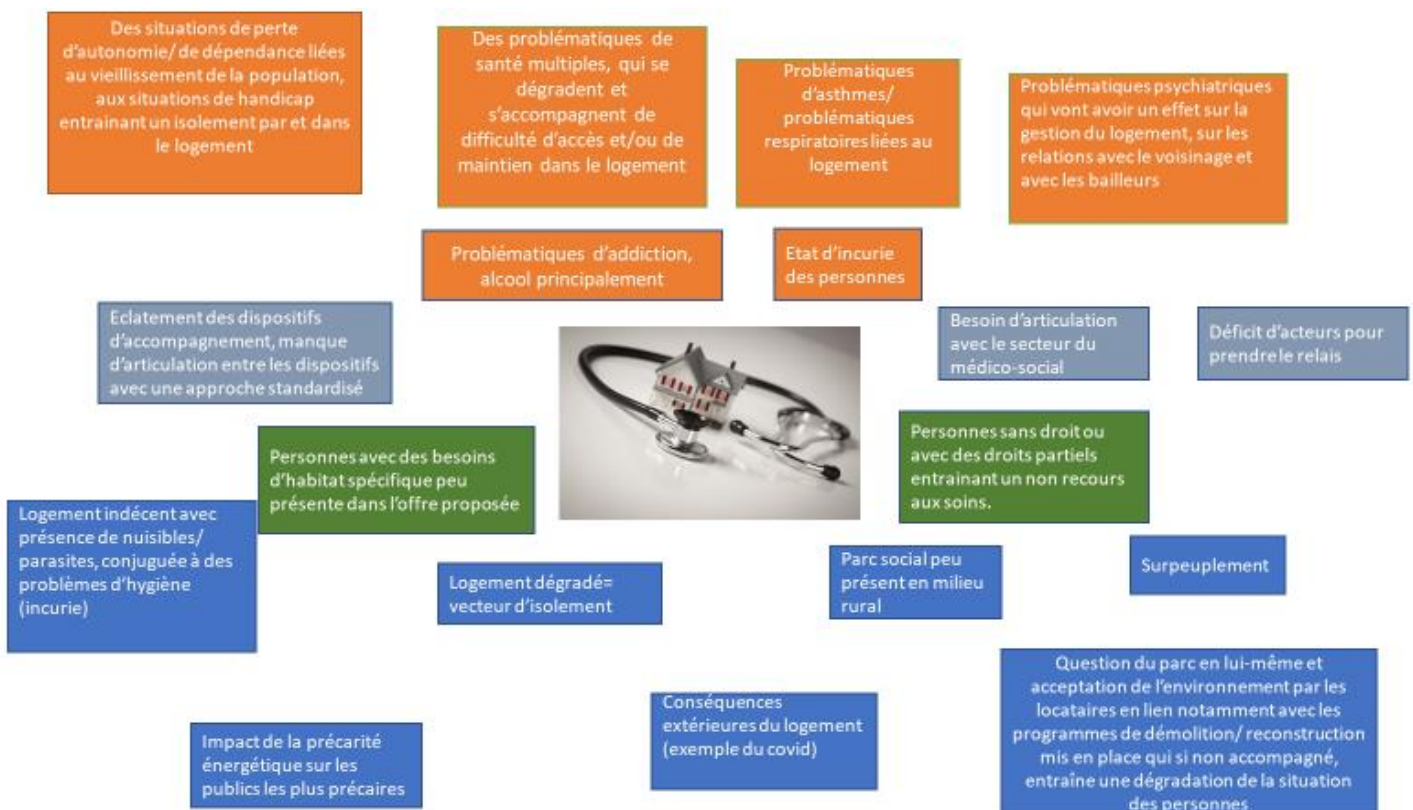
Concernant l'offre médico-sociale, on relève :

- Un dispositif de lit Halte soins santé (LHSS) et LHSS « Hors les murs » porté par Habitat Insertion à Béthune.
- Un lit d'accueil médicalisé (LAM) porté par La vie Active à Courrières.

III – Les problématiques de santé qui impactent le maintien dans le logement et inversement

Lors de la première étape de diagnostic partagé, le groupe de travail a tenté d'identifier les facteurs entrant en jeu dans les besoins d'articulation entre le secteur de la santé et le secteur du logement.

Il est ainsi possible de mettre en avant les principaux constats quant aux problématiques d'accès et de maintien dans le logement.



IV – Les perceptions des acteurs sur les enjeux d'évolution de l'articulation santé/logement

Au-delà de l'identification des problématiques croisées santé/logement, les échanges du groupe ont permis de cibler une série d'enjeux qui au fil des échanges, bénéficient de propositions d'évolution de l'articulation santé/logement.

À ce titre, certains de ces enjeux sont associés à des propositions de fiches actions qui ciblent des pilotes potentiels afin d'apporter une mise en œuvre concrète sur le territoire. *NB : les pilotes envisagés pour ces fiches actions n'ont pas tous participé aux échanges du groupe de réflexion ; les fiches vont leur être proposées.*

❖ *Enjeu de l'offre de services déficitaire (Politiques publiques et dialogue intersectoriel)*

Parallèlement, sur le territoire de la CABBALR, est noté un manque de places dans le secteur du médico-social (Personnes âgées/Personnes handicapées) et une vraie problématique sur la question du bâti (manque de logement sur les territoires ruraux/logements vieillissants, vétustes/etc.).

Le manque de moyens disponibles est aussi identifié comme une raison de rechercher des partenariats.

La question du temps peut par ailleurs poser problème. Les rythmes d'actions, les temporalités et objectifs des institutions sont différents pour accompagner de manière complémentaire. Temps qui peut parfois être contraint du fait de la saturation des dispositifs, avec des listes d'attente importantes.

Pour exemple, sur le secteur du handicap, la présence du handicap psychique induit des modalités d'accompagnement différentes et à évaluer régulièrement ; et des partenariats à créer.

Pour autant, il y a une liste d'attentes sur les SAVS/SAMSAH, en lien aussi avec le délai des traitements des dossiers MDPH.

Des secteurs tendus avec une offre de service déficitaire, et ce malgré le développement de l'ambulatoire pour la psychiatrie, du « hors les murs », de l'habitat inclusif, du Logement d'abord, avec le développement des équipes mobiles, le but étant de permettre à la personne d'« être un citoyen ».

PROPOSITIONS RELATIVES À L'OFFRE DE SERVICES DÉFICITAIRE

Afin de pallier l'attente liée la liste d'attente importante sur les SAVS et SAMSAH :

- Mettre en place des accompagnements plus rapides *via* un accompagnement FSL (Notification FSL plus rapide).
- Rendre lisibles les ressources dédiées à la coordination avec les acteurs de santé.
- Soutenir le développement des LAM/LHSS hors les murs/ESSIP.

❖ *Enjeu du financement des dispositifs (Politiques publiques et dialogue intersectoriel)*

Les acteurs ont pu mettre en évidence un **contexte notamment politique et institutionnel** qui vient également impacter ces articulations. Certaines logiques organisationnelles ou de financement viennent parfois renforcer les logiques de cloisonnement et constituent un frein au développement d'une logique d'articulation entre le secteur de la santé et du logement, avec l'impossibilité, pour les associations du secteur « AHI », d'être subventionnées pour du personnel soignant, par exemple.

De la même manière, la connaissance non-exhaustive des opportunités et la complexité, la lourdeur des procédures dans une logique d'appel à projet massive, peuvent décourager et empêcher le développement d'initiatives.

À cela s'ajoutent des réalités budgétaires dans chaque champ d'intervention qui vont impacter indépendamment les projets collaboratifs.

Autant de freins au développement d'une logique de partenariat qui amènent les acteurs à ne traiter que les demandes qui relèvent des missions qui leurs sont confiées.

Afin de créer une continuité dans les parcours des personnes en garantissant l'accès et le maintien dans le logement et pour répondre aux besoins croissants des personnes et des ESSMS, il faut accompagner le déploiement de dispositifs et envisager des co-financements entre les différents financeurs (État/Département/ARS).

Les analyses des échanges pointent le rôle déterminant du politique. En l'absence d'une vision intersectorielle à cet échelon, les initiatives en territoire resteront vaines.

Le manque de pérennité des financements fragilise les initiatives dans ce domaine. Certains acteurs relèvent ainsi la nécessité d'une clarification des modes de financement des actions destinées aux plus démunis et d'une meilleure articulation entre acteurs du social et acteurs de la santé à tous les niveaux, depuis les administrations centrales jusqu'aux intervenants locaux.

PROPOSITIONS RELATIVES AUX FINANCEMENTS

- Co-construction des APP entre financeurs afin de mieux coordonner, pour répondre à un besoin de prise en charge globale des personnes.
- S'appuyer sur les expérimentations pour essayer des projets novateurs : identification des expérimentations du territoire.
 - Projet CLAS (coordination Logement d'abord) porté sur la MEL par plusieurs associations.
 - Projet Interface porté par le Samu social de Paris.
- Dupliquer des dispositifs de type Réseau santé solidarité Lille métropole.

❖ *Enjeu de la complexification des situations (Parcours et Acteurs)*

Régulièrement mise en avant : **la complexification des situations**. Celles-ci soulèvent une pluralité d'enjeux et en appellent à des compétences plurielles qu'il est nécessaire d'identifier, de consulter ou mobiliser.

La complexité des situations, parfois récurrente, amène un sentiment de solitude des professionnels des différents secteurs, qui se sentent démunis lorsqu'ils sont confrontés à des situations ne relevant pas de leur champ d'intervention.

Ainsi, une multitude de raisons peuvent amener des professionnels du secteur du logement, de la santé, du handicap, etc., à travailler en réseau, à créer des partenariats.

Le constat d'un besoin et d'identification des missions de chacun est un point de départ mais il induit rapidement la nécessité de « référentiels communs » par rapport aux besoins, au travail en réseau.

Au regard du domaine ou du secteur d'intervention, les termes/terminologies/jargons employés sont différents, on parle de « bilinguisme ».

L'enjeu, pour cette étape, est de s'assurer que chacun a bien identifié les missions, les enjeux de chacun en ce qui concerne la nature de la collaboration et les priorités que chacun souhaite y mettre.

Il est indispensable d'identifier ce qui distingue chaque structure pour saisir la complémentarité.

En dépit d'un intérêt et du souhait de travailler en réseau, les services/associations issus de différents secteurs restent souvent peu ou mal informés/préparés à cette logique de « réseau » ; ils demeurent isolés, cloisonnés, mal coordonnés, donnant un sentiment de « mille-feuilles ». Ces constats ont été largement partagés dans les échanges des membres du projet.

À cela s'ajoute un territoire de CABBALR riche en termes de réseau, vu à la fois comme un réel atout/levier mais aussi comme un obstacle à une bonne coordination.

Une méconnaissance des partenaires de leurs réalités professionnelles, et de leurs contraintes associées, peut entraîner des difficultés dans la communication, une surcharge de travail et parfois un sentiment de « patate chaude ».

👉 Cf. : Fiche action : « **Pour répondre au besoin de coordination entre acteurs du terrain : Développement et valorisation d'outils de coordination** »

❖ *Enjeu de la transversalité de l'accompagnement (Pratiques d'accompagnement)*

Parallèlement, la personne ne se limite pas à son parcours logement avec tout ce que cela recouvre. Comme évoqué, de multiples « services » sont amenés à prendre en charge la personne sans qu'ils ne soient nécessairement outillés pour prendre en charge les particularités des situations (grande précarité, troubles de santé mentale, problématique de handicap, problématique de santé lourde, etc.).

Les problématiques des publics s'inscrivant dans la politique du Logement d'abord, peuvent être méconnues, faire l'objet d'a priori. Or chaque situation est différente, avec ses spécificités, qui nécessite une individualisation des accompagnements.

Le travail d'information et de sensibilisation mené conjointement est essentiel pour lever les freins à l'accompagnement.

👉 Cf. : Fiche action : « **Pour répondre au besoin d'interconnaissance et de culture commune : Sensibilisation, formations croisées, immersion, socle commun** »

❖ *Enjeu de la place des personnes dans l'articulation santé/logement*

La **place des personnes** constitue une préoccupation majeure dans les échanges du groupe.

Cela pose la question de la demande et aussi de la non-demande, et donc l'articulation entre le besoin et la demande exprimée.

L'enjeu d'autodétermination ; la nécessité d'une éducation thérapeutique ; le besoin d'aller-vers les personnes sont développés dans la fiche d'action ci-après.

👉 Cf. : Fiche action : « **Pour répondre au besoin de sécurisation des parcours des personnes accompagnées : Autonomie et autodétermination** »

❖ *Enjeu transversal de la lisibilité des dispositifs existants et de l'offre déficitaire*

Malgré un grand nombre de mesures mises en place dans le cadre de l'accès et le maintien dans le logement, un sujet de travail primordial demeure : comment amener à une sécurisation des parcours alors que les parcours logement et l'accompagnement ne sont pas référencés ? **Les professionnels sont en demande d'outils et surtout de lisibilité.**

Le quantitatif ne doit pas être la seule réponse apportée, des manques sont repérés.

Il est important de connaître les besoins pour inciter à la création de places adaptées par le biais d'un travail d'observatoire et de poser un diagnostic partagé.

PROPOSITIONS

- Élaborer un état des lieux, s'appuyer sur un diagnostic pour mieux identifier les besoins en termes de places et dispositifs et ainsi travailler sur les parcours des personnes.
- Mener un travail de recherche action dans une logique de diagnostic participatif : mener une étude de terrain auprès des personnes concernées et des professionnels/Définir des axes prioritaires et des préconisations pour adapter les dispositifs et les pratiques.
- Repartir du terrain pour proposer des financements et laisser place à l'innovation.
- Intégrer les thématiques croisées dans les plans locaux : PRAPS, SRS, PDALHPD.

V – Proposition de Fiches Actions

FICHE ACTION :

Pour répondre au besoin de coordination entre acteurs du terrain : Développement et valorisation d'outils de coordination

❖ Actions stratégiques

- Développer de l'interconnaissance et du lien entre le social, le médicosocial et le sanitaire
- Développer des outils de coordination intersectorielle
- Valorisation des dispositifs déjà existants sur le territoire
- Promouvoir le dialogue intersectoriel dans les différentes politiques publiques et plans du territoire

❖ Actions opérationnelles

Mobiliser les dispositifs de coordination existants et pérenniser leur budget :

- Les Contrats locaux de santé et contrats locaux de santé mentale
- Communauté 360 sur le volet handicap
- Dispositif d'appui à la coordination
- Les Groupes d'échanges de pratiques
- ...

Créer des types de fiches réflexes/fiches de liaison pour les travailleurs sociaux, en lien avec les deux problématiques.

Mobiliser le numérique comme vecteur de coordination *via* le déploiement d'une plateforme collaborative en ligne.

❖ Acteurs impliqués

Coordinateurs :

- LDA *via* des Groupes d'Échanges de Pratiques mais pas que
- CLS
- CLSM
- DAC
- EPSM
- Associations du secteur AHI
- Associations du secteur sanitaire
- Établissements hospitaliers
- Collectif SI

❖ **Pilotes envisagés**

- Coordinateur LDA
- Coordinateur CLS
- Uriopss

❖ **Temporalité envisagée**

- À définir

❖ **Indicateurs de réussite**

- À définir

FICHE ACTION :
Pour répondre au besoin d'interconnaissance et de culture commune : Sensibilisation, formations croisées, immersion

❖ **Actions stratégiques**

- Faire de la formation un levier d'action, en s'appuyant sur les centres de formations (IRTS/ ISL) à la fois sur la formation initiale et continue.
- Créer des parcours de soins coordonnés entre la ville / l'hôpital et les acteurs du domicile.
- Créer un réseau de partenaires de la santé et du social, faciliter l'émergence d'une culture commune et soutenir les équipes.

❖ **Actions opérationnelles**

- Former les acteurs aux dispositifs de droits communs (CPAM/CAF/LOGEMENT/HANDICAP/SANTÉ/etc.)
- Proposer des formations croisées : champ AHI/Logement/Santé et Handicap.
- Proposer des immersions de personnel.
- Signer des conventions de partenariat avec les Hôpitaux.
- Développer des procédures claires (modalités de partage d'information/critères d'orientation/missions de chacun/etc.) et des outils de liaison.

❖ **Acteurs impliqués**

- IRTS
- PREFAS
- EPSM
- Associations du secteur AHI
- Associations du secteur sanitaire
- Établissements hospitaliers

❖ **Pilotes envisagés**

- Organisme de formation : IRTS https://irtshdf.fr/cpt_etablissements/arras/
- Organisme de recherche : PREFAS <https://www.prefashdf.fr/>
- Uriopss

❖ **Temporalité envisagée**

- À définir

❖ **Indicateurs de réussite**

- À définir

FICHE ACTION :
Pour répondre au besoin de sécurisation des parcours des personnes accompagnées : Autonomie et autodétermination

❖ **Actions stratégiques**

- Permettre le droit à l'expérimentation dans les parcours.
- Valoriser la prévention en santé en lien avec la prise d'autonomie dans le logement.

❖ **Actions opérationnelles**

- Aller vers les personnes pour repérer les besoins : aller au-devant des personnes en situation d'exclusion et de précarité sociale et lutter contre le non-recours aux soins.
- Permettre un droit à l'erreur dans les parcours, permettre les séjours dans différents types d'établissement (à dominante sanitaire ou AHI).
- Mobiliser et promouvoir les associations d'usagers, les CVS ou collectifs d'usagers constitués dans les structures ainsi que les médiateurs santé.
- Mobiliser des relais citoyens au plus près des territoires.
- Développer l'éducation (par exemple, l'éducation thérapeutique du patient ETP).
- Sensibiliser le public par des actions collectives.

❖ **Acteurs impliqués**

- CLS
- CPAM
- LDA
- DAC
- EPSM
- Associations du secteur AHI
- Associations du secteur sanitaire
- Établissements hospitaliers

❖ **Pilotes envisagés**

- CLS
- CPAM

❖ **Temporalité envisagée**

- À définir

❖ **Indicateurs de réussite**

- À définir

ANNEXE

Liste des contributeurs

Liste non exhaustive des contributeurs aux réflexions sur l'articulation santé/logement sur le territoire de la CABBALR

Secteur	Organisation	
Logement		
	Habitat Insertion	Emmanuel Lefebve C. Meyer Jean-François Roger Benoit Hanon Elise Hantson Capucine Gilleron Franck Bremeersch
	SIAO 62	Christelle Jasinski
	La Vie Active	Amandine Bonniere Steve Delannoy
	Soliha	T. Bauffe P. Lamouche V. Denetiere S. Saint Georges L. Turpin P. Drici
	Immobilière Sociale 62	Virgine Mahieux
	Le Relais	Claudine Gras E. Rose S. Huet
	Fondation Abbé Pierre	Isabelle Fourot
	Logement d'Abord	Stéphanie Verdonck
	Union sociale pour l'habitat	J.L. Vandestienne
	Pas-de-Calais Habitat	Frédéric Caridroit
Médico-social		
	EPDAHAA	Y. Delsert
	EPDAHAA/ SAVS d'Isbergues	Tayeb Abdelsselem
	EPDAHAA / ESAT d'Isbergue	Betty Vanrumbeke
	Le Cheval Bleu	
	Apei Béthune	Lucie Flahaut
Protection juridique des majeurs		
	ADAE	Sarah Queste
	Service Tutélaire de Protection	C. Swiergiel
	Association tutélaire du Pas-de-Calais	M. Clément

Santé		
	CPTS	
	CPAM	Peggy Birambaux Sandrine Dehay
	URPS Médecins Libéraux	Audrey Charlet Pauline Radenne
	CLS	Delphine Parent
	CH de Béthune	Emmanuel Manoussis
Santé mentale		
	GHT Psy / EPSM Val de Lys Artois	Caroline Ovion
	CLSM	Stéphane Barrez
	CREPSY Hauts-de-France	Marine Merlevede Marie-Noëlle Cadou
	PTSM	Remy Koszarek
Participation des personnes concernées		
	CRPA	Philippe Baelde
Institutions associées		
	ARS	Virginie Ringler
	DREETS	Serge Bouffange
	CD 62 / MDS de l'Artois	Thomas Wiart
	CD 62	Amélie Delaval
	DDETS	Aviva Max Antoine Van Mackelberg



Uriopss PACA et Corse

Contributions au Projet Santé – Logement/Hébergement

Synthèse de la réunion du 4 juillet 2022

Participants : ARS PACA, DDETS 13, Métropole AMP, Ville de Marseille, CPCAM des Bouches-du-Rhône, bailleurs sociaux, acteurs associatifs d'accompagnement sur l'hébergement/logement ou en santé.

❖ *Objectif du projet*

Production d'une feuille de route territorialisée pour **améliorer les relations et les interactions opérationnelles entre les secteurs de la santé, de l'hébergement et du logement sur les territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord.**

❖ *Genèse du projet*

- Sollicitation de l'Uniopss suite à des échanges avec la DIHAL.
- Questionnements : comment créer des ponts entre les deux secteurs ? Comment mieux articuler l'accompagnement en santé et l'accompagnement social ?
- Des initiatives intéressantes existent mais problème de modélisation et d'essaimage.

❖ *Mise en œuvre du projet*

L'Uniopss mène une recherche-action sur le renforcement des liens entre le social, le médico-social et le sanitaire et se déroule principalement sur les territoires de mise en œuvre accélérée du Logement d'abord.

Sur 3 territoires, en lien avec les Uriopss, l'Uniopss :

- Procèdera à un diagnostic des liens existants entre ces secteurs, et de leurs dysfonctionnements éventuels ;
- Fera des propositions d'amélioration de ces liens, grâce à l'animation d'ateliers pour les faire émerger et proposera une rencontre finale pour les valoriser ;
- Rédigera une feuille de route recensant les propositions faites aux territoires pour ces améliorations.

Par ailleurs, l'Uniopss fera un état des lieux des territoires sur lesquels un poste de référent santé a été créé au sein des SIAO pour mettre en valeur l'apport de ce professionnel à la meilleure articulation des secteurs de l'hébergement, du logement et de la santé. Cet état des lieux contribuera à la réflexion permettant de déterminer s'il y a lieu d'essayer ces pratiques.

❖ *Contexte introductif – Hébergement*

La loi garantit à « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale » **un accès à un dispositif d'hébergement d'urgence, à tout moment.** Cet hébergement d'urgence doit permettre aux personnes **de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, ainsi qu'une première évaluation médicale, psychique et sociale.**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le mot « santé » comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ». Si l'on considère les conditions indispensables à la santé décrites dans la Charte d'Ottawa : « *la santé exige un certain nombre de **conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable*** », la promotion de la santé s'impose comme une composante de l'accompagnement social global.

L'article L. 345-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux missions des CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) précisées par la circulaire n° 91/10 du 19 mai 1991 les définit comme une « **réponse adaptée à chaque situation de détresse sociale, au-delà des seules modalités d'hébergement** ». Son annexe 4, spécifique à « **l'insertion par la santé** » identifie la problématique des « **prises en charge conjointes, à la fois médicales et sociales, en particulier en ce qui concerne l'alcoolisme, les troubles psychiques, la toxicomanie, le Sida** » et celle de la **nécessité de « maintenir dans son lieu de vie toute personne malade »**.

Dans cette perspective, le constat doit être posé, à savoir que les professionnels du secteur médical sont rarement présents au sein des CHRS. Il convient d'organiser leurs interventions, en particulier lorsqu'il s'agit de prises en charge sanitaires lourdes (certains diabètes, hépatites, maladies psychiatriques, etc.). **L'ensemble des travaux relatifs à la santé des personnes en situation de précarité expose un double constat : celui d'un non-recours aux soins plus important (avec un gradient qui s'accroît avec la précarité), et corrélativement celui de la détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe.**

Thème 1

Transversalité des secteurs sanitaire et social

Travail pluridisciplinaire, formation, interconnaissance, articulation entre différents dispositifs, articulation des différents professionnels dans l'accompagnement, questionnement du secret professionnel

Constats :

- Partenariats reposant sur des **relations interpersonnelles**
 - Difficile lorsqu'une personne arrive en poste de constituer son réseau au départ et de faire perdurer les liens entre structures lors de son départ.
 - Résultent en opportunités manquées de partenariat et en un manque de capitalisation.
- **Foisonnement d'initiatives** et de dispositifs pouvant être vus comme positifs mais difficulté pour s'y repérer
 - Certains estiment qu'il y a beaucoup de réunions chronophages, il est difficile d'avoir une vision globale, impression de plus en plus de mille-feuille, de processus d'innovation permanents sans capitalisation et pérennité
 - ➔ provoque un certain essoufflement et une perte de sens.
- **Complexité et instabilité des démarches** demandées pour l'accès au logement ; l'accès au soin et parfois les demandes ne sont pas les mêmes d'un interlocuteur à l'autre au sein de la même institution.
- Grosse problématique sur le **maintien dans le logement**, identifiée par les bailleurs sociaux et les centres médico-psychologiques, notamment lié au problème d'incurie.

Leviers à travailler :

Catalogue / guide référençant l'ensemble des acteurs existants (associations + institutions) sur le territoire dans les 3 secteurs (logement, hébergement, santé) avec, pour chaque acteur, le numéro/mail du service à contacter.

- S'appuyer sur l'application PRéSantés et développer une V2 pour les professionnels en y ajoutant les acteurs du logement ?
- Reprendre le guide de la Ville de Marseille sur l'urgence sociale ?
- Prévoir un ETP pour produire ce travail et le mettre à jour.
- Nécessité de l'adjoindre à un temps d'animation/congrès dédié pour le présenter et favoriser l'interconnaissance entre acteurs.

La formation pour favoriser l'interconnaissance et le travail en réseau afin d'offrir une prise en charge globale aux personnes :

- Faire connaître les acteurs des autres secteurs (IML, psychiatrie, Logement social) dans les formations initiales de travailleurs sociaux (EFTS) et le caractère opérationnel du métier.
- Inclure les équipes des bailleurs sociaux pour travailler les représentations sur la santé mentale et dé-stigmatiser ces publics.

Leviers à travailler :

Renforcer les instances de coordination :

- Se rencontrer **autour de situations complexes** de ménages pour apporter des solutions en commun et se faire confiance : RSML (Réseau Santé Mentale et Logement), PFTA (Plateforme Territoriale d'Accompagnement), CCAPEX (Commission départementale de coordination des actions de prévention des expulsions locatives), Femmes victimes de violence.
- Pour favoriser la confiance et le travail en commun dans le cadre de ces instances : travailler collectivement sur **une charte de partage de l'information commune** que l'ensemble de leurs membres devraient signer en les intégrant. Partir du principe que l'échange d'information reste celle qui est utile pour faire avancer le dossier.
- Le projet ASSAb (projet de mise en réseau en faveur de l'accès aux droits et de l'accès aux soins et la continuité des soins pour les personnes sans abri à Marseille) ou encore l'AMI Logement d'abord (cahier des charges : meilleure prise en compte des conditions de santé dans l'attribution des logements) permettent des **temps de coordination larges au niveau des institutions**, de partager et autant que possible **de construire une stratégie commune dépassant le niveau de chaque dispositif**.
- Nouvelle instance de coordination en cours de construction à un niveau opérationnel pour Marseille : la **Plateforme territoriale d'accompagnement** (PFTA) animée par le SIAO 13. Déjà existante pour le Pays d'Aix. Pour les ménages dont la situation comporte de multiples difficultés, la PFTA a pour objectif de mobiliser un réseau partenarial territorial, de préconiser et mobiliser les accompagnements et les dispositifs de logement nécessaires et de coordonner les actions.

- Se rencontrer dans le cadre d'**ateliers de travail spécifiques** avec une animation pertinente pour **lever les a priori** sur les bailleurs sociaux, **renforcer la confiance, la connaissance mutuelle, travailler sur des projets communs**. Exemple : qu'est-ce que les bailleurs sociaux attendent pour le passage en commission d'attribution ? (réunion de travail prévue dans le cadre de l'AMI).

Renforcer la cohérence des processus :

- Amener les acteurs à avoir des **processus stabilisés** et à les **communiquer**. Exemple : les CCAS de Marseille ne demandent pas toutes les mêmes pièces justificatives pour la domiciliation ; or, cela est nécessaire aux soins/pour l'AME. Quid du temps d'attente ? Autre exemple : pour le DALO, faut-il les plaintes des personnes victimes de violence ?
- **Permettre aux bailleurs sociaux et au CMP d'interpeler le SIAO** pour l'aider à trouver des interlocuteurs pour répondre à des problématiques de maintien en amont des CCAPEX où les difficultés sont parfois trop importantes.
- Répondre à des **appels à projets communs** type FNAVDL (fonds national d'accompagnement vers et dans le logement).
- Avoir des **réponses plus rapides** pour les curatelles.
- Développer **une offre de logements adaptés** pour éviter autant que possible la concurrence des publics et **mobiliser les contingents pour loger les publics vulnérables**.

Thème 2

L'accès au soin

Prévention, Aller Vers, Renoncement aux soins, non-recours, saturation des services de médecine (médecine de ville, CMP, hôpitaux), accompagnement à l'ouverture de droits, lien entre parcours de santé et parcours de logement

Constats :

FORCES

- Des instances et groupes de travail : sur l'offre de santé dans les quartiers prioritaires, sur les zones blanches portées par le CRES et l'ARS ; le Conseil Communal en Santé, le Comité Régional des Inégalités de Santé ; CPTS en cours.
- Covid : modification des pratiques des professionnels (IDE pratique avancée, équipes mobiles etc.).
- CPAM : accompagnement/formation des travailleurs sociaux sur les droits des assurés et prévention sur rupture de parcours.
- Numérique : dossiers partagés entre le social et le médico-social en cours de construction.

FAIBLESSES

Moyens humains et financiers

- Multiplicité des projets > manque de personnel, difficulté de recrutement.
- Saturation, délais longs pour l'accès aux soins (ex : CMP).
- Peu de médecins formés sur la grande précarité.
- En dehors des grandes villes : des déserts médicaux (ex : Martigues).

Coordination

- Multiplicité des espaces de coordination > rend complexe la participation et la vision globale.
- Difficulté de coordination au niveau territorial, opérationnel.
- CLS : espace intéressant mais question de la temporalité pour les acteurs de terrain.
- Champ de la santé mentale mis de côté – écoles de pensée différentes et financements à part.

Prévention

- Manque de financement au sens global pour intervenir en amont – ligne budgétaire insuffisante sur la prévention dans les appels à projet (ex : lien avec Éducation nationale : cité éducative, QPV, prévention pour les enfants).
- Nécessité d'accompagnement pluridisciplinaire sur des situations de « non crise » pour être dans la prévention / difficulté d'aller-vers en dehors des urgences.
- Équipes d'aller-vers : sur les urgences au lieu d'être en amont.
- Très grande précarité dans les QPV : accroissement de la violence, barrière pour l'accès aux soins, isolement des citoyens : certains professionnels de santé renoncent à aller dans certains quartiers.
- Sectorisation / langage utilisé (développer une compréhension commune et une base de données commune pour une meilleure compréhension).
- Des expérimentations mais pas de politiques publiques, manque de pérennisation, financements multiples, saupoudrage, soustraction.

Leviers à travailler :

- **Accès à l'information et aux données :**
 - **Identifier les acteurs** et communiquer pour une meilleure connaissance des dispositifs existants.
 - Développer le **partenariat avec la CAF** pour accès à des données et échanger sur la santé.
 - **Cartographie** libre d'accès et mise à jour des acteurs (hébergement, bailleurs, CPTS, association).
 - SIG Carsat : accessible pour tous.
- **Nécessité d'articuler les espaces de coordination :**
 - Coordinations des équipes mobiles généralistes, échange de pratiques : classification de l'urgence de la situation.
 - S'appuyer sur les réunions de CPTS en tant qu'acteurs associatifs médico-social pour faciliter l'interconnaissance et le soutien.
 - CLS (Contrat Local de Santé) de Marseille en cours de construction.
 - Articulation/compréhension des services supports vers l'opérationnel/ le terrain.
- **S'appuyer sur de nouvelles modalités d'actions :**
 - Consolider et pérenniser les expérimentations qui ont fonctionné et les poursuivre dans le temps dans le sens de la prévention avant la dégradation des situations. Ex : FNAVDL – *via* le SIAO ; addictions avec des espaces de coordination associés multi-partenaires (DDETS, SIAO, bailleurs sociaux).
 - Faire évoluer la vision des institutions (ARS, Ville, Région) sur de nouveaux espaces en santé. Ex : centres sociaux sur des programmes de prévention en santé ; connaissance des territoires/ quartiers, projets qui peuvent être associés aux centres sociaux.
- **Développer les actions et outils existants :**
 - Développer l'axe de travail en santé mentale.
 - Développer des outils de partage de données et les référents de parcours afin de coordonner au mieux les parcours des personnes.
 - Développer le recours au bail glissant pour les personnes avec des problèmes de santé mentale, avoir des conventions cadres et des outils.
 - Développer les espaces de domiciliation.
 - Renforcer l'harmonisation des informations (ex : critères pour rentrer dans le logement).
- **Renforcer les équipes :**
 - Équipes mobiles, d'aller-vers et médiateur en santé ou médiateur pair à développer sur le long terme, en amont des situations d'urgence.
 - Revaloriser les équipes sociales et médico-sociales : revalorisation salariale et amélioration des conditions de travail.

Thème 3

La prise en charge et l'accompagnement en santé mentale dans les structures d'hébergement/logement

Constats

FORCES

- Capacité des services de soins, capacité des équipes mobiles à pouvoir se déplacer sur les lieux de vie.
- Lorsque les partenariats sont identifiés, il est plus facile de mettre en place des accompagnements ; possibilité d'avoir des intervenants extérieurs dans les structures d'hébergement (MARSS, EMPP).

FAIBLESSES

- Disparité des pratiques – égalité de traitement ? égalité d'accès aux soins ?
- Partenariats : démultiplication des instances qui entraîne un manque de visibilité.
- Dispositifs d'hébergement/logement : peu de professionnels de santé notamment pour le maintien dans le logement, problème de temporalité pour mobiliser les dispositifs de soins.
- Adaptation relative des cadres d'hébergement aux besoins des personnes en santé mentale (prise en charge collective, interdiction des animaux de compagnie ...).
- Accompagnement et prise en charge des personnes sans droits : peu de réponses.

Leviers à travailler :

- **Former** les professionnels du logement/hébergement à la prise en charge des troubles de la santé mentale, avec les professionnels des EMPP ou par le développement des formations aux premiers secours en santé mentale.
- Favoriser la **mobilité** des équipes soignantes (CMP, équipes mobiles sur tout le territoire).
- Poursuivre le développement des **partenariats** : proposer des cadres de formalisation *via* des conventions.
- Ancrer les projets sur le **droit commun** – vers l'accès aux services qui existent plutôt que des expérimentations qui s'additionnent à l'existant.
- **Ouvrir des postes de soignants** (cf. postes de psy) pour prendre en compte la santé mentale sur l'hébergement d'urgence et rendre ces postes attractifs.
- Développer des **temps de rencontres** :
 - Commissions plénières réunissant tous les membres du réseau (pour favoriser l'interconnaissance mutuelle et contribuer à la mise en place des pratiques de réseau, travail clinique, construction d'outils) ;
 - Autour de situations (ex : réunions cliniques ...) ;
 - Pour les personnes sans droits : consacrer des temps d'échange pour réfléchir à leur accompagnement.
- Développer des actions favorisant le **maintien dans le logement** (réseau santé mentale et logement).
- Pour les personnes allophones, renforcer le recours à **l'interprétariat**.

Lieu de Répit à Marseille – Association JUST

Un projet expérimental d'alternative à l'hospitalisation psychiatrique

Le Lieu de répit (LDR) accueille des personnes en situation de crise psychique dans un espace non médicalisé. L'accent est mis sur les qualités des interactions personnelles et sur l'instauration d'une ambiance chaleureuse.

Les contrats d'hébergement ont une durée d'un mois, renouvelable deux fois, soit 3 mois maximum. L'accueil au LDR comprend la mise à disposition d'un espace privatif, sous forme de chambre individuelle, dont certaines possèdent leur propre salle de bain. À son arrivée, la personne reçoit les clés de sa chambre et du bâtiment et ses entrées et sorties sont libres.

L'équipe d'intervention comprend des professionnels, des bénévoles et des stagiaires. L'entraide entre pair.e.s est également un moyen de soutien. Les salarié.e.s sont présent.e.s en binôme de 9 h à 21 h. Une astreinte téléphonique est organisée entre 21 h et 9 h.

Les missions des intervenant.e.s sont de favoriser l'instauration d'une dynamique collective positive, tout en portant une attention aux besoins individuels. Des entretiens individuels sont menés de façon hebdomadaire. Des entretiens de réseau, selon l'approche *Open Dialogue*, sont également mis en place avec les proches de la personne concernée. Les outils du rétablissement (plan individuel de rétablissement, directives anticipées, etc.) sont proposés tout au long du séjour.

❖ Historique du projet :

L'idée de ce projet est née à Marseille dans un squat thérapeutique ouvert en 2007-2008 et géré par un collectif citoyen et associatif et une équipe universitaire de psychiatrie. Ce squat avait pour vocation première d'accueillir des personnes sans abri vivant avec des troubles psychiques graves. Un certain nombre de personnes sont venue en « crise psychiatrique aigue » dans ce lieu, préférant venir chercher de l'aide dans un squat au confort et une offre de soins précaire plutôt que les urgences psychiatriques. De ce constat est née le projet « Lieu de Répit ». Un bâtiment est rénové et un projet participatif et citoyen basé largement sur le volontariat permet son lancement en 2017, soutenu par l'association JUST. Une démarche de recherche-action participative démarre à ce moment-là grâce à un premier financement de l'ARS PACA. Puis la CNSA finance un projet de recherche-action participative en 2018. Enfin, le PREPS, qui a débuté en 2022, accorde également un financement important pour évaluer ce projet.

❖ Description du projet :

Objectif général : diminuer le nombre et la durée des hospitalisations en urgence et/ou sans consentement des personnes sans chez-soi vivant une crise psychotique.

Objectifs secondaires : rechercher l'amélioration de la qualité de vie perçue et faciliter le processus de rétablissement et l'accès à la citoyenneté.

> **Accueil et accompagnement** « temps complet » de personnes orientées par les équipes mobiles et les urgences psychiatriques : accueil à proximité du lieu de vie habituel des usagers, dans des locaux aménagés comme une maison, avec des espaces privés (chambres) et des espaces de vie commune à chaque étage, soutien et accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et aux soins.

> **Équipes d'adressage** : équipe psychiatrie précarité MARSS, urgences psychiatriques (CAP 48 et Conception), EMPP de l'hôpital Edouard Toulouse.

> **Équipe d'accompagnement** : professionnels « classiques » du sanitaire et du social (psychiatre, psychologue, éducateur...) mis à disposition par MARSS, volontaires en service civique, travailleurs-pairs ayant une expérience personnelle des troubles psychiques, de l'exclusion sociale, et bien avancés dans leur parcours de rétablissement.

> **Open Dialogue** : les décisions sur les soins en cours sont discutées et prises lorsque l'utilisateur et les personnes qu'il a désigné comme personnes ressources sont présents. La question « *Qu'allons-nous faire ?* » qui est posée par une crise, est maintenue ouverte jusqu'à ce que le dialogue collectif produise lui-même une réponse, ou annule la nécessité d'agir.

> **Rétablissement** : les pratiques orientées vers le rétablissement se focalisent sur les forces et les ressources de la personne, même lorsque celle-ci traverse une crise ; elles transmettent l'espoir, insistent sur l'apport du soutien social et en particulier du soutien par les pairs, favorisent la responsabilité personnelle et l'autodétermination.

> **Analyse** du processus d'implantation et des parcours de soins des usagers : observation participante, entretiens et focus groupes.

Programme de Recherche sur la Performance des Systèmes de Soins (PREPS) :

À partir d'avril 2022 et pour 3 ans, le LDR fait l'objet d'un Programme de Recherche sur la Performance des Systèmes de Soins (PREPS) mené par une équipe multidisciplinaire de chercheurs.es de l'AP-HM et sous la direction du Professeur Laurent Boyer du Laboratoire de Santé Publique de l'Université d'Aix-Marseille.

L'objectif principal de cette étude clinique est d'évaluer l'efficacité du modèle expérimental représenté par le Lieu de Répit, comme alternative aux offres des soins habituels à l'adresse des personnes en situation d'exclusion sociale présentant des troubles psychiatriques sévères et en situation de crise. Cette démarche scientifique représente une étape essentielle vers la pérennisation du Lieu de Répit et son potentiel essaimage sur le territoire régional et national.

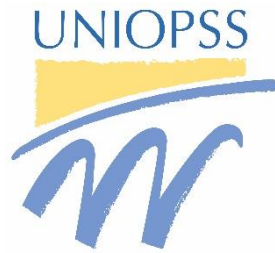
Thème 4

La sortie d'hospitalisation – articulation avec le logement/hébergement

Droits et absence de liens entre intra et extra hospitalier, difficultés sur les liens amont/sortie d'hôpital

Constats	Réflexions
Lien intra hospitalier / extra hospitalier	
<ul style="list-style-type: none">• Manque de prise de relais sur les démarches pendant l'hospitalisation : peu d'informations au moment où le patient entre à l'hôpital, difficultés pour faire un diagnostic social (situation, démarches en cours etc.).• Aucune mesure prévue de façon systématique. Tout le lien se fait d'acteur à acteur, au cas par cas. <p>→ Risque de perte de droits</p>	<p><i>Comment suivre les personnes lors des hospitalisations ?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Au travailleur social d'être le pivot de la transmission des informations.• Informer les bailleurs et autres administrations pour éviter les dettes locatives ou autre. <p><i>De quels outils disposent les Travailleurs Sociaux en intra-hospitalier pour identifier les droits de la personne ? (d'où vient la personne, quels droits, quelles démarches en cours)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Ameli Pro, GDR (toujours 48 h de décalage et pas forcément à jour), CAF Pro (?)• Note : c'est la CAF qui a le plus d'informations. Mais la mise en lien avec les autres services n'aboutit pas pour l'instant. <p><i>Comment s'assurer du suivi des personnes post-hospitalisation ?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• S'assurer que le patient puisse sortir avec un dossier complet : dossier médical mais aussi un dossier social, quelles démarches ont été entreprises par l'hôpital pendant son séjour.• Renforcer la transmission des informations entre travailleurs sociaux (intra et extra hospitalier).

Constats	Réflexions
Sortie d'hospitalisation pour les personnes sans domicile : problème de disponibilité de place en hébergement collectif avec infirmerie.	<p>Comment éviter les sorties sèches ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le lien entre l'hôpital, le 115 et les centres d'hébergement d'urgence. • Sur un territoire donné, fixer un quota de places d'hébergement dédiées aux sorties d'hospitalisation (services de soins de suite si nécessaire). • Possibilité d'avoir des places isolées en hôtel mais nécessite de mettre en place un LHSS HLM (Hors Les Murs) en équipe mobile. • Trouver une structure infirmière pour poursuivre les soins.
L'hôpital ne s'occupe que du temps de l'hospitalisation et pas de l'après.	Du côté du bailleur social, impossibilité de faire le lien pendant l'hospitalisation (problème lors des hospitalisations de longue durée).
Problème de sortie d'hospitalisation avec dette hospitalière.	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients ne savent parfois pas s'ils ont la Complémentaire Santé Solidaire. • Systématiquement, orienter vers l'Assistante Sociale de l'hôpital.
Problème de personnes qui déclinent dans leur logement, se retrouvent en rupture chez elles.	Difficulté de repérage et difficulté de mettre en place une intervention.
Conservation des papiers	
<p>Multiples allers-retours dans les hôpitaux Impact de la mobilité, surtout pour les personnes précaires</p> <p>→ Question de la conservation des données.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des coffres-forts numériques pour conserver les données (problème : RGPD / qui peut accéder aux données). • France Connect : permet de récupérer des documents mais pas les documents sources qui permettent d'ouvrir les droits (CNI, acte de naissance etc.)
<p>Pour les femmes victimes de violence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit exfiltration, donc avec les papiers ; - soit papiers inaccessibles depuis le pays d'origine. 	Via France Connect : possibilité de récupérer un certain nombre de documents, type justificatif d'imposition.
Moyens hospitaliers / problématique générale de précarité	
Problème général de précarité « l'hôpital va mal ».	Les personnes précaires sont remises dehors très rapidement. Il faudrait plus de médecins ? Plus de lits ?
Difficultés de communication entre le service de facturation et le service social dans les hôpitaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Risque que le travail social soit conditionné à la facturation. • Manque de travailleurs sociaux dans les hôpitaux, moins priorisé car personnel non soignant.



Uniopss

Synthèse des 3 feuilles de route territorialisées pour l'amélioration des liens entre les secteurs hébergement/logement/santé

Préconisations qui ressortent des 3 territoires de manière commune ou d'un territoire en particulier :

GOUVERNANCE :

- 1. Intégrer les thématiques croisées de la santé, de l'hébergement et du logement dans les documents de programmation que sont les PRAPS, les Schémas Régionaux de Santé, et les PDAHLPD.
(Préconisation commune aux 3 territoires)
Certains territoires sont plus avancés que d'autres.
En Auvergne-Rhône-Alpes, la préoccupation est déjà inscrite dans le PRAPS AURA ou dans le PDAHLPD Lyon. Cependant, elle peine à se traduire opérationnellement en-dehors d'expérimentations ou de programmes de santé mentale. L'aspect santé de droit commun pourrait être plus développé.**
- 2. Co-construire des appels à projet entre financeurs du secteur santé et financeurs du secteur hébergement-logement, qui favorisent une prise en charge globale (Hauts-de-France) ; mais difficultés du temps RH nécessaire pour la réponse à ces AAP à prendre en compte.**
- 3. Créer des CPOM signés et financés par DREETS et ARS (Préconisation commune).**
- 4. Fixer des quota de places d'hébergement ou de logements accompagnés à réserver pour les sorties d'hospitalisation (PACA).**
- 5. Organiser un lien entre bailleur social et hôpital en cas d'hospitalisation de longue durée pour éviter les expulsions ou les dettes (PACA).**

6. **Signer des conventions de partenariat entre hôpitaux et structures d'hébergement et/ou de logement accompagné pour que l'hôpital sache qu'il peut sécuriser la sortie des personnes et que le centre d'hébergement ou la structure de logement accompagné sache qu'il a un professionnel de santé vers qui envoyer les personnes qu'il accueille. (Préconisation commune Hauts-de-France et PACA)**
7. **Créer une charte du partage de l'information confidentielle entre les 2 secteurs (PACA).**

PRATIQUES PROFESSIONNELLES FACILITANT LES PARCOURS DES PERSONNES :

1. **Trois modalités sont envisagées pour une meilleure prise en charge santé des personnes au sein des structures d'hébergement :**
 - **Organiser la présence dans le lieu d'hébergement ou du logement accompagné d'un professionnel de santé ou d'un référent santé (qui intègre notamment la question de la santé mentale) pour accueillir, détecter et orienter les personnes, ce qui suppose une conception des locaux permettant l'intervention dans la confidentialité du professionnel de santé.**
 - **Organiser le passage de professionnels de santé mobiles au sein de la structure.** Les Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité, les médiateurs santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ou les Groupes d'Entraide Mutuels sont ainsi identifiés comme des professionnels qui peuvent intervenir ponctuellement au sein de la structure.
 - **Expérimenter des formes de financements croisés santé/logement favorisant un accueil global des personnes avec des personnels santé et logement permettant une écoute de nature à détecter, orienter, diagnostiquer et faciliter la prise en charge des personnes dans un parcours santé et soins adapté, articulé et inscrit dans un temps long.**
 - **Créer un lieu de ressource santé hors de la structure, mutualisé entre plusieurs structures, vers lequel il serait possible d'orienter les personnes pour leur suivi santé.** La modalité de la création d'un GIP est ainsi envisagée, la création de tiers-lieu également.
 - **Quelle que soit la modalité envisagée, la présence d'un référent santé au sein des SIAO est considérée comme une piste nécessaire à mettre en place pour favoriser l'orientation et la prise en charge santé des personnes.**
 - **Certains territoires soulignent que la création d'un poste de chargé de coordination PTSM au sein des ARS est prometteur (Auvergne-Rhône-Alpes).**
2. **Tous les territoires soulignent le besoin d'informations communes et partagées, et d'interconnaissance, sur les acteurs santé et logement présents sur le territoire *via* des répertoires communs, une cartographie et en améliorant la lisibilité et la connaissance des dispositifs de coordination existants pour les acteurs de terrain.**

Plusieurs bonnes pratiques sont identifiées :

 - Le RESAP en Auvergne-Rhône-Alpes.
 - l'application PRÉSantés qui pourrait être actualisée et enrichie des acteurs logement en PACA.

Certains soulignent (PACA) que la création d'un ETP dont la mission consisterait à créer, enrichir, mettre à jour ce répertoire d'acteurs et le faire connaître sur tout le territoire concerné dans les 2 secteurs serait indispensable.

3. Tous identifient le besoin de formations croisées et de périodes d'immersion sans sous-estimer les problématiques de sous-effectif dans les deux secteurs.

L'IRTS ou l'ISL apparaissent comme les bons lieux qui pourraient concevoir et porter ce type de formations initiales et continues. Des plans de formations mutualisés entre structures pourraient être conçus.

L'intervention de personnes accompagnées et/ou de pairs aidants dans ces formations, pour compléter les savoirs professionnels par des savoirs expérientiels, serait d'une grande richesse.

Il est important d'intégrer la question de la lutte contre la stigmatisation dans les modules de formation.

Projets / bonnes pratiques à soutenir, essayer

1. **Projet CLAS (coordination logement d'abord) porté sur la Métropole de Lille par plusieurs associations.**
2. **Réseau Santé Solidarité de la Métropole de Lille.**
3. **Projet ASSAB (mise en réseau d'accès aux droits et soins) à Marseille.**
4. **Lieu de répit de l'association JUST à Marseille comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique.**
5. **L'action menée par l'association ADES 69 sur les formations croisées santé/logement.**
6. **Les plateformes territoriales d'accompagnement existant dans le Pays d'Aix et en cours de déploiement à Marseille pour traiter les cas complexes tant au niveau santé que logement.**

Contacts si vous souhaitez aller plus loin :

- **Gilles Desrumaux**, Président du groupe Prévention Hébergement Logement de l'Uniopss Genèse du projet, problématique, appui à la méthodologie du projet AURA, appui au pilotage global du projet.
desrumauxg@orange.fr
- **Jeanne Dietrich**, Conseillère Technique Hébergement-Logement de l'Uniopss Méthodologie du projet global, Pilotage du projet global, Rédaction de la synthèse des préconisations communes aux 3 feuilles de route territorialisées, Facilitation de contact avec les Uriopss concernées.
jdietrich@uniopss.asso.fr
- **Benoît Giffard**, Conseiller Technique Lutte contre les Exclusions, UR AURA Méthodologie de la feuille de route AURA, Pilotage du projet AURA, Rédaction de la feuille de route AURA, Facilitation de contacts avec les parties prenantes AURA.
b.giffard@uriopss-ara.fr
- **Elise Farrell**, Chargée de développement territorial Arrageois, Artois, Lens-Hénin et Ternois, URIOPSS Hauts-de-France
Rédaction de la feuille de route Hauts de France, Suivi du pilotage du projet HDF, Facilitation de contacts avec les parties prenantes HDF.
e.farrell@uriopss-hdf.fr
- **Sylvie Gadeyne**, Responsable secteur lutte contre les exclusions, URIOPSS Hauts-de-France
Facilitation de contacts avec les parties prenantes HDF.
s.gadeyne@uriopss-hdf.fr
- **Constance Tricard**, Conseillère Technique Lutte contre les exclusions/ Santé, URIOPSS PACA et Corse,
Rédaction de la feuille de route PACA, Suivi du pilotage du projet PACA, Facilitation de contacts avec les parties prenantes PACA.
c.tricard@uriopss-pacac.fr

Remerciements :

- **Julie Joncquel**, Responsable Secteur Lutte contre les exclusions, URIOPSS Hauts de France, pour la méthodologie, le pilotage et la rédaction initiale du projet AURA jusque décembre 2022.
- **Lisa Tchiboukdjian**, Conseillère Technique lutte contre les exclusions/ Santé, URIOPSS PACA et Corse, pour la prise de relais sur le projet à partir entre septembre 2022 et septembre 2023.
- **Service Communication de l'Uniopss**, pour la mise en page et le maquetage du document : **Valérie Mercadal**, Directrice de la Communication, **Marie-Alexandrine Louis-François**, Assistante de direction, **Alexia Exurville**, Chargée de communication
- **Marion Münch**, Conseillère Technique Santé Uniopss, pour sa relecture du document final.