



Fédération
des acteurs de
la solidarité

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Bilan de la période de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 dans le secteur de l'Accueil-Hébergement-Insertion

Mars – Septembre 2020

Synthèse et préconisations

Fédération des acteurs de la solidarité

Auvergne-Rhône-Alpes

Bilan réalisé dans le cadre de notre partenariat avec



SOMMAIRE

Axe 1 : Les réponses opérationnelles à la crise sanitaire	3
1.1 Matériel de protection & tests.....	3
1.2 Information – communication	5
1.3 Equipes sanitaires mobiles (ESM)	8
1.4 Centres d’Hébergement Spécialisés (CHS) / centres de desserrement :	10
1.6 Besoins primaires (eau & alimentation).....	11
1.7 Accès à l’éducation et aux loisirs.....	12
Axe 2 : L’importance de certains enjeux mise en exergue par la crise	14
2.1 Santé.....	14
2.2 Participation des personnes.....	17
2.3 Travail social et Hébergement.....	18
2.4 Solidarité et relation à l’autre	19
Axe 3 : Les perspectives d’évolution du secteur AHI suite à la crise.....	20
3.1 Un hébergement d’urgence de qualité	20
3.2 Un hébergement qui permet accès aux soins et au droit commun.....	21
Conclusion	23
Bibliographie :.....	24
Index des acronymes utilisés.....	25

Suite à la crise sanitaire liée à la Covid-19, la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes publie son bilan de la période (mars-septembre 2020), en lien avec ses adhérents et ses partenaires. Il s'agit d'une part, de recenser de façon non-exhaustive, les réponses opérationnelles à la crise sanitaire et les initiatives dans les différents territoires de la région et d'autre part, de présenter nos conclusions et préconisations pour la période actuelle.

En effet, la période que nous venons de traverser est venue réaffirmer la capacité d'action des associations du secteur de l'Accueil-Hébergement-Insertion. Au-delà de la réactivité dont elles ont fait preuve pour s'organiser au service des personnes en situation de précarité, elles ont démontré leur capacité d'innovation et d'initiative dans un contexte plus que contraint. C'est l'addition de toutes ces expériences, et retours d'expériences, qui permet aujourd'hui à la Fédération des acteurs de la solidarité de proposer des pistes d'amélioration et d'évolution en termes de santé pour le secteur AHI.

Que ce soit au niveau régional ou départemental, la forte mobilisation des services de l'État et des collectivités territoriales a permis de développer des réponses aux besoins des personnes, notamment dans l'hébergement d'urgence, l'accès à l'aide alimentaire. Les initiatives de coordination entre acteurs étatiques, institutionnels, départementaux et associatifs sont fortement à saluer et à valoriser.

Les impacts de cette épidémie, qu'ils soient économiques, sociaux ou sanitaires, touchent encore plus durement les personnes en situation de précarité. Limiter l'exacerbation des inégalités sociales, les réduire est un enjeu crucial pour l'Etat, les collectivités, les associations, pour les mois et années à venir.

Axe 1 : Les réponses opérationnelles à la crise sanitaire

1.1 Matériel de protection & tests

Bilan

L'approvisionnement en masques des structures AHI a été le premier point de tension dans la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19. A l'instar des autres secteurs, les structures d'hébergement ont dû faire face à une situation de pénurie durant l'ensemble du confinement. Dès le mois d'avril, plusieurs commandes se sont organisées. Au niveau régional, le groupe RUSH, issu de la mobilisation de professionnels de l'humanitaire, a créé une plateforme logistique à destination des acteurs de l'urgence sociale dans le but de les fournir en masques et autre matériel de protection (gel hydro-alcoolique, gants etc). Au niveau national, c'est la Clé Solidaire, née en 2019 d'un partenariat entre CDC Habitat et la Fédération des acteurs de la solidarité, qui s'est chargée de réaliser des commandes groupées qui ont ensuite été distribuées selon une répartition actée par la DGCS. 100% du personnel et 5% des personnes accueillies ou accompagnées devaient être fournies en masques pour un mois.

Dans l'attente de ces premières livraisons, la majorité des structures d'hébergement en Auvergne-Rhône-Alpes a trouvé d'autres moyens de se fournir. Elles ont utilisé leurs réseaux de solidarité (citoyens ou associatifs) pour récupérer des masques en tissu ou ont acheté sur fonds propres des masques alternatifs.

Finalement, les premières livraisons de masques ont commencé lors du déconfinement, la semaine du 11 mai et se sont réalisées via les DDCS(PP) de la région. A ce jour, les livraisons sont toujours en cours ce qui permet aux structures d'avoir des stocks suffisants pour mettre en place les

protocoles sanitaires. Le Samu Social de Lyon peut, par exemple, distribuer des masques aux personnes rencontrées lors des maraudes.

Au cours de l'été, l'État a mis en place deux circuits de distribution de masques à destination des publics en situation de précarité, à l'échelle nationale :

- 8 millions de masques ont été envoyés par voie postale pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat
- 50 millions de masques jetables à usage non sanitaires étaient destinés aux associations (aide alimentaire, dispositif national d'accueil, centres d'hébergement), CIAS, CCAS.

Ce sont les préfetures de département et les DDCS, en lien avec les DRJSCS qui ont assuré la distribution des masques auprès des réseaux associatifs, selon une clé de répartition basée sur le taux d'équipement d'hébergement tous secteurs confondus et le taux de pauvreté. La Direction Générale des Services (DGS) a également prévu, qu'en cas de reprise épidémique, les préfets de département devraient veiller à ce que les structures accompagnant les personnes en situation de précarité soient approvisionnées en masques (de préférence jetables). Les préfetures seront alors invitées à le faire jusqu'à la fin de l'année 2020 et à constituer des stocks permanents pour 10 semaines. Dans le cas où les préfetures n'assurent pas l'approvisionnement en masques, les structures sont responsables d'acquérir par leurs propres moyens des masques pour les personnes qu'elles accueillent, et les professionnels et bénévoles qui les accompagnent. Ces masques peuvent être achetés sur le marché, de préférence en privilégiant la filière française dès lors que les coûts sont raisonnables, ou auprès de centrales d'achat comme l'Union des Groupements d'Achats Publics (UGAP) à laquelle les associations peuvent adhérer. La prise en charge financière par l'Etat de ces achats est dans cette hypothèse prévue dans le cadre de l'instruction du 24 juillet 2020 (pour le BOP 177) relative à la prise en charge par le budget de l'Etat des surcoûts occasionnés par la crise sanitaire. A jour, les modalités sont à préciser car les associations restent dans l'incertitude du montant des prises en charge.

Concernant les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), l'approvisionnement en masques et équipements de protection individuelle était assuré via les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ces livraisons doivent s'arrêter au 30 septembre 2020 et les structures devront se charger elles-mêmes de l'approvisionnement ce qui laisse peser sur elles une incertitude supplémentaire quant à la prise en charge des surcoûts liées à la Covid-19.

L'accès aux tests pour les personnes accueillies ou accompagnées s'est réalisé selon les mêmes règles que pour le reste de la population, que ce soit pendant le confinement ou le déconfinement, et à l'heure actuelle. Il s'agit des mêmes canaux (les laboratoires, les centres de dépistage) avec les mêmes délais et les mêmes modes de transmission des résultats (par voie postale). Cette situation provoque dans certains cas des problèmes d'organisation dans les structures : les personnes ont parfois besoin d'être accompagnées pour réaliser le test (en voiture notamment en milieu rural) ; les temps de délais pour pouvoir passer le test et recevoir le résultat sont tels qu'ils peuvent paralyser une équipe salariée ; la voie postale n'est pas une solution adaptée à toutes les situations des personnes notamment lorsqu'elles ne sont pas domiciliées ou domiciliées dans un lieu différent de leur lieu d'habitation.

Les initiatives à valoriser

RUSH : la mobilisation des professionnels de l'action humanitaire à destination des acteurs de l'urgence sociale et de l'action sociale. Leur plateforme logistique a permis :

- De coordonner des commandes groupées pendant le confinement avant les livraisons par les DDCS(PP) : 30 000 masques FFP2 et 145 000 masques chirurgicaux livrés.
- De collecter, réceptionner et distribuer 5 550 litres de gel et solution hydro-alcoolique¹

En Ardèche, des structures sont en lien avec la DDCSPP pour être prioritaires pour les analyses en laboratoire et éventuellement, pour faire venir une équipe de dépistage directement dans la structure en cas de suspicion d'infection Covid de plusieurs salariés.

Nos propositions

- Généraliser les moyens pour des accès plus rapides aux tests pour les structures d'hébergement (coupe-files ; dépistage sur place) en fonction des moyens selon les territoires
- Apporter aux structures les garanties nécessaires concernant le prise en charge des surcoûts liés à la crise.

1.2 Information – communication

Bilan

Le confinement a plongé l'ensemble des acteurs dans la confusion : avoir accès à une information claire et complète était alors un enjeu crucial. Les gestionnaires de structures et les professionnels étaient confrontés à un flot d'informations, parfois contradictoires, ce qui ne favorisait pas la lisibilité et l'appréhension de ces informations par tous.

Pendant cette période, plusieurs structures d'hébergement ont pu faire remonter le sentiment de manque de directives claires et précises et l'absence de retour quant aux orientations et directives prises par l'Etat (DGCS/DRDJSCS/ARS). Par exemple, beaucoup ont hésité quant aux admissions : Fallait-il fermer leurs centres à de nouvelles admissions ? Incertitude quant au maintien des dispositifs hivernaux, etc. De même, la période de déconfinement a posé un certain nombre de nouvelles interrogations, toutes ne sont pas résolues à ce jour : l'absence de tests généralisés dans les centres, les difficultés de suivi des cas contacts. S'agissant des problèmes très pratiques que rencontrent les associations, il n'a pas toujours été simple d'avoir des réponses précises dans les départements et de savoir à quel interlocuteur s'adresser. Les DDCS ont régulièrement renvoyé vers les protocoles des associations (plan de continuité par exemple), l'ARS en département n'a pas toujours les moyens humains pour répondre aux différentes sollicitations.

Néanmoins, au cours du confinement, suite à la sollicitation de plusieurs réseaux ou associations (URIOPSS, Médecins du Monde, Fondation Abbé Pierre, Fédération des acteurs de la

¹ RUSH. Les actions réalisées [en ligne]. Page consultée le 24 septembre 2020.
<https://socialhumanitaire.wordpress.com/biosecurite-log/>

Solidarité, ADOMA, etc.), des réunions audio hebdomadaires ont été proposées à l'échelle régionale. Celles-ci étaient organisées par la DRDJSCS. L'ARS, la DIRRECTE, la commissaire Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté ainsi que des associations et réseaux régionaux y participaient. Ces réunions ont permis de faire remonter les difficultés rencontrées par les associations accompagnant des publics en situation de précarité, et leurs questions. Elles ont également permis d'amorcer/ de poursuivre le décroisement entre les champs sanitaires et sociaux. Suite au déconfinement, ces réunions sont maintenues mensuellement.

Aux échelles départementales, la coordination a été hétérogène. Dans les départements du Puy de Dôme et de l'Isère par exemple, les DDCS ont régulièrement organisé des temps d'échanges avec les structures de l'Accueil-Hébergement et Insertion. Ces temps de coordination ont fortement facilité les échanges d'informations et l'adaptation au contexte.

S'il a été difficile pour les professionnels des structures d'hébergement d'avoir accès à l'information, les personnes accueillies ou accompagnées et dans la rue ont bien souvent été les dernières informées des mesures sanitaires et des conséquences sur leurs lieux d'accompagnement ou de répit. L'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, dans un de ses articles sur les inégalités sociales de santé au temps du coronavirus² revient sur la notion de « littératie en santé » définie comme la « capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé ». Parmi les personnes disposant le moins de ces capacités on retrouve les personnes ne maîtrisant pas ou peu la langue française. Ces dernières constituent une part importante des publics de l'AHI. Ainsi, au manque d'information des professionnels, s'est ajoutée la faible compréhension des mesures exceptionnelles par une part importante des publics accompagnés ou à la rue.

La fin du confinement a également été très difficile à vivre pour les personnes en hébergement d'urgence, avec beaucoup d'incertitudes sur des remises à la rue et des changements de site très anxiogènes. Des solutions ont finalement pu être trouvées mais les personnes ont bien souvent eu l'information en dernier.

Le fait que la très grande majorité des informations concernant la gestion de la crise circulaient via le numérique explique en grande partie ce manque d'information des personnes en situation de précarité. D'une part, elles n'ont pas toutes accès à du matériel numérique ou une connexion Internet et le confinement a accentué cette réalité (fermeture des lieux où il était possible de recharger son téléphone et d'avoir une connexion Internet)³. D'autre part, la « littératie numérique » entendue comme « la capacité de repérer, classer, de comprendre d'évaluer et de générer de l'information à partir d'Internet, des outils numériques et des technologies de l'information des personnes en situation de précarité »⁴ est également liée aux conditions sociales d'existence des personnes.

² PELOSSE Lucie et VILLEVAL Mélanie, 30 mars 2020, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'action pour la promotion de la santé. *Repères IREPS*, 6p.

³ Coordination des acteurs de l'urgence sociale du Rhône, 21 mars 2020, Covid-19 : double urgence sanitaire et sociale !

⁴ PELOSSE Lucie et VILLEVAL Mélanie, 30 mars 2020, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'action pour la promotion de la santé. *Repères IREPS*, 6p.

Les initiatives à valoriser

Le fichier partagé du groupe de coordination urgence sociale du Rhône (Bagag'rue, ALPIL, Secours catholique, Samu Social Alynea, Fondation Abbé Pierre) : plusieurs acteurs de l'urgence sociale se sont coordonnés pour alimenter un fichier en ligne, modifiable par tous, pour donner toutes les informations pratiques en temps réel aux personnes en situation de précarité sur les services disponibles pendant le confinement.

La page du site de l'ORESPERE SAMDARRA dédié à la gestion de crise : la page a regroupé l'ensemble des sites, des liens et des documents ressources à destination des personnes en situation de précarité et des professionnels les accompagnant. L'ensemble des ressources a été classé par département pour la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Virons le virus : création d'une plateforme logistique et d'information « virons le virus » portée par deux chargées de mission à l'initiative du Groupement des possibles (Oiseau bleu/ Relais Ozanam) en Isère. Cette plateforme a permis la centralisation des commandes en équipements de protection pour les structures du groupement et pour leurs partenaires, la diffusion d'informations, de protocoles d'hygiène et sanitaire et la coordination logistique entre les structures.

Le SIAO de Haute-Savoie a partagé et mis à jour en temps réel un état des lieux des services disponibles pour les personnes en situation de précarité pendant toute la période du confinement, à destination des professionnels.

L'action d'Emmaüs Connect : dons de 20 000 téléphones et 20 000 recharges gratuites⁵ (appel ; sms ; Internet) à destination des personnes en situation de grande précarité (personnes isolées, migrants, personnes à la rue).

La diffusion des informations-clé dans le métro lyonnais par la Fédération des acteurs de la solidarité AURA : à l'aide d'un partenariat avec JCDecaux, nous avons pu diffuser un ensemble d'informations dans les stations de métro à destination des personnes dans la rue en plusieurs langues différentes.

Nos propositions

- En période de crise, nommer un interlocuteur privilégié par département (DDCS/DTARS) pour les structures d'AHI-L. Celui-ci ayant pour mission de relayer les informations, de répondre aux interrogations des structures et de faire remonter les difficultés rencontrées aux directions régionales
- Poursuivre et renforcer la coordination DDCS/DTARS engagée lors du confinement. Celle-ci permet aux structures AHI-L de bénéficier d'une information claire et rapide
- Soutenir la mise en place de réunions d'échanges entre professionnels de l'action sociale, à l'échelle départementale pour fluidifier la diffusion d'informations, d'initiatives (par exemple : modalités d'organisation de dépistages en sein des centres, ...), de bonnes pratiques
- Renforcer le développement d'applications à destination des personnes en situation de précarité (type soliguide, la cloche, entourage) afin de faciliter la diffusion d'informations

⁵ Données au niveau national. Emmaüs Connect. Covid-19 : Nos actions de #ConnexionUrgence pour venir en aide aux personnes isolées. [en ligne] Page consultée le 24 septembre 2020. <https://emmaus-connect.org/2020/05/covid-19-actions-confinement/>

- quant aux services disponibles sur leur territoire (aide alimentaire, produits de première nécessité, accueil de jour, ...)
- Proposer des outils (hors application mobile) indiquant les emplacements des points d'eau, des bains douches, des lieux où se laver, des lieux où il est possible de recharger son téléphone, affichés dans les « lieux clés » des communes et villes.

1.3 Equipes sanitaires mobiles (ESM)

Bilan

En mars 2020, le Ministère de la santé et de la solidarité publie un guide méthodologique précisant, entre autres, la constitution d'équipes sanitaires mobiles. Elles ont pour rôles d'évaluer cliniquement toute personne symptomatique suspecte de Covid-19 habitant dans la rue, en squat ou bidonville, en CHU ou CHRS et réaliser les orientations adéquates (maintien sur le lieu de vie ; orientation en Centre d'Hébergement Spécialisé ; orientation à l'hôpital). Elles constituent également un appui aux équipes bénévoles ou salariées dans les lieux d'habitation pour la mise en place des gestes barrières, l'organisation des sites, l'organisation de la surveillance et du suivi des personnes atteintes et maintenues sur place. « Cette mission peut être confiée : aux acteurs associatifs qui disposent déjà d'équipes sanitaires mobiles, à des professionnels libéraux ou à des équipes hospitalières disposant déjà d'unités mobiles »⁶.

Il n'y a pas eu d'équipe sanitaire mobile répondant précisément à ce cahier des charges dans tous les départements d'Auvergne-Rhône-Alpes mais différentes organisations ont pu être mises en place en fonction des territoires.

Dans l'Allier et l'Ardèche, il n'y a pas eu d'équipe sanitaire mobile au sens du cahier des charges précisé ci-dessus. En Savoie et Haute-Savoie, il n'y a pas eu d'équipe sanitaire mobile mais les PASS de chaque territoire se sont organisés pour à minima, continuer une partie de leurs actions et dans certains cas les amplifier. Par exemple, les PASS d'Annecy et Thonon-les-Bains ont pu se déplacer sur les lieux d'hébergements en cas de sollicitation lorsqu'il y avait des personnes symptomatiques mais n'ont pas réalisé d'action en rue. A Sallanches, la PASS, composée de cinq médecins urgentistes a choisi de stopper ses permanences car son personnel était mobilisé par ailleurs et de rediriger les personnes qui les sollicitaient directement à l'accueil des urgences.

En Isère, grâce à un travail collectif et une sollicitation des acteurs isérois auprès de la DDCS, la Maison des Réseaux de Santé Isère (MRSI) et Médecins du Monde, ont déployé une équipe sanitaire mobile. Pour que l'équipe fonctionne, la MRSI et Médecins du Monde se sont appuyés sur des bénévoles issus de onze structures du département, des mises à disposition de personnel infirmier par l'association Oiseau Bleu. De plus, les structures AHI-L du territoire se sont organisées et coordonnées afin de faciliter le travail de l'équipe mobile au sein des lieux d'hébergement. Cette équipe mobile n'a pas eu, dans les premiers temps, les moyens pour répondre à l'ensemble des préconisations du cahier des charges. L'équipe a alors choisi de se concentrer sur l'appui à l'organisation des lieux de vie et d'hébergement pendant la période de confinement. Au 5 mai, vingt-trois visites avaient été réalisées.

⁶ Ministère des solidarités et de la santé. 20 mars 2020. Préparation à la phase épidémique de Covid-19. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf>

Dans l'Ain et la Drôme, la Croix-Rouge Française a coordonné et géré une équipe sanitaire mobile au sens du cahier des charges. Dans le Cantal, l'équipe sanitaire mobile a été rattachée au centre hospitalier d'Aurillac.

Dans le Rhône, l'équipe de la PASS du centre hospitalier Saint-Luc Saint-Joseph en coordination avec Médecins du Monde a monté une équipe sanitaire mobile. Le réseau habitat précaire et de nombreux bénévoles ont permis que l'équipe sanitaire mobile fonctionne. La Croix-Rouge Française, a quant à elle, apporté un appui technique à cette équipe via notamment la gestion des appels téléphoniques et des demandes d'intervention sur site. Dès les premiers jours d'intervention sur le terrain, il a été décidé par les acteurs en place d'élargir les missions de l'ESM à « une veille sanitaire et des consultations médicales et paramédicales hors symptomatologie COVID, à une évaluation sociale des situations, à une observation et une remontée des conditions sanitaires dans lesquelles vivent les personnes rencontrées ». L'ESM a réalisé 72% de ses visites dans des squats, les autres lieux visités étant des hébergements pour demandeurs d'asile, des CHU et CHRS.

Ce qu'il faut retenir

Il n'y a pas eu d'équipes sanitaires mobiles au sens du cahier des charges dans tous les départements. Les organisations se sont adaptées aux besoins de chaque territoire, en s'appuyant sur des acteurs déjà présents. Les PASS sont, par exemple, totalement pertinentes pour porter les missions précisées dans le cahier des charges des équipes mobiles lorsqu'elles en ont les capacités.

Au-delà de la réponse opérationnelle à la crise liée à la Covid, les équipes sanitaires mobiles ont permis de renforcer les liens entre les acteurs de la santé (associations, PASS, hôpitaux) et ceux de l'action sociale (associations intervenants en rue, centres d'hébergement etc). Dans certains cas, ceci a permis d'engager des actions de prévention des ruptures de soins, d'accès aux soins et à la santé en dehors du strict cadre de la gestion des cas de Covid-19.

Concernant le Rhône, il est important de retenir le véritable travail partenarial pour la constitution de l'équipe sanitaire mobile aussi bien au niveau associatif qu'au niveau des acteurs publics. Ce partenariat a permis à des acteurs du social de mieux prendre en compte les problématiques d'accès aux soins et à des acteurs publics de mobiliser de nouvelles compétences (ex : la mairie de Feyzin pour le raccordement à l'eau potable d'un bidonville).

Initiatives à valoriser :

PASS Anney/Thonon les Bains : elles sont devenues mobiles le temps du confinement. Elles sont intervenues au sein des centres d'hébergement afin de soutenir les équipes, d'orienter les personnes hébergées présentant des symptômes, de soutenir les équipes pour la mise en place des gestes barrières.

RUSH : la mobilisation des professionnels de l'action humanitaire à destination des acteurs de l'urgence sociale et de l'action sociale. Ils ont pu réaliser quinze missions de biosécurité (= ensemble des mesures prises pour prévenir les risques de contamination par un agent pathogène) à destination de structures d'hébergement d'urgence dans le Rhône⁷.

⁷ RUSH. 1^{er} juillet 2020. Mission de diagnostic et d'évaluation des mesures de protection sanitaire collective dans les centres d'hébergement du Rhône durant la première vague épidémique Covid-19.

Nos propositions

- Développer les PASS mobiles et les équipes mobiles d'aller-vers en fonction des besoins et ressources existantes sur le territoire afin de toucher les personnes les plus vulnérables et de favoriser la continuité du parcours de soin
- Réactualiser les missions des équipes mobiles pour favoriser le recours aux droits communs (médecine de ville, etc.), intégrer un volet biosécurité pour prévenir les risques de contaminations et développer des actions de prévention
- Renforcer la coordination entre les acteurs de la santé et du social (associations et Etat) sur le contenu des missions afin d'avoir une réponse cohérente vis-à-vis des publics, et en étroite collaboration avec des structures AHI-L

1.4 Centres d'Hébergement Spécialisés (CHS) / centres de desserrement :

10

Bilan

Dès mars 2020, la DGCS publie le cahier des charges des centres d'hébergement spécialisés pour les personnes malades sans gravité Covid-19 sans domicile ou venant de centres d'hébergement ou logements adaptés. Il y est précisé que ces centres prennent en charge l'hébergement et l'isolement sanitaire de ces personnes. Il ne s'agit pas de centres de soins⁸.

Des CHS ont été mis en place dans presque tous les départements de la région. Si nous ne disposons pas de l'ensemble des éléments pour tout le territoire, nous pouvons cependant tirer quelques conclusions à propos de ces centres.

Une grande partie des CHS a été portée par la Croix-Rouge Française en Auvergne-Rhône-Alpes. Dans les autres départements, des associations portant déjà des dispositifs de santé (LAM, LHSS, etc.) ont été sollicitées. C'est le cas de l'association Oppelia en Haute-Savoie qui a installé un CHS dans son centre thérapeutique résidentiel pendant 3 semaines avec une capacité de treize places. Les liens préexistants entre la structure et l'hôpital ont permis une mise en œuvre opérationnelle rapide du centre (formation en biosécurité des équipes ; fourniture des équipements de protection individuelle). Autre exemple, en Savoie, c'est l'association La Sasson qui a géré le CHS du département du 1^{er} avril au 30 juin en recrutant une équipe médicale (sauf pour le médecin, détaché de la MSA) et en s'appuyant encore une fois sur les liens préexistants avec les acteurs de la santé. En effet, en tant que structure disposant de LHSS, La Sasson a mobilisé rapidement ses liens avec l'hôpital mais aussi avec les entreprises s'occupant de la gestion des déchets ou de la désinfection des sites. De plus, le CHS de La Sasson disposait d'une équipe de travailleurs sociaux pour l'accompagnement social des personnes présentes (ou le suivi du lien avec les travailleurs sociaux des structures initiales des personnes).

Au cours de l'été et au vue de la multiplication des cas, de nouveaux CHS ont été ouverts et d'autres ont été ré-activés ou sont prêts à le faire à l'image de celui géré par La Sasson.

⁸ Direction Générale de la Cohésion Sociale, Cahier des charges des centres d'hébergement spécialisés pour les personnes malades sans gravité Covid19 sans domicile fixe ou venant de centres d'hébergement ou de logements adaptés.

Initiatives à valoriser :

Dans le CHS de Savoie géré par La Sasson, des téléphones portables ont été distribués aux personnes issues d'autres structures et n'en disposant pas afin de maintenir le lien avec les équipes d'accompagnement social de leur structure d'origine.

Ce qu'il faut en retenir

Pendant le confinement, les CHS ont été peu sollicités. D'une part, il n'y a pas eu autant de cas que prévu car une part importante des centres d'hébergement n'a pas accepté de nouvelles admissions. Lorsqu'il y a eu des cas, plusieurs structures avaient déjà des capacités d'isolement sur place. On peut également noter quelques refus de personnes de se rendre dans les CHS. Cependant, depuis la période estivale et la multiplication des cas, les CHS ont montré leur importance et il est pertinent de les sauvegarder le temps de l'épidémie.

11

Nos propositions

- Veiller à ce que l'accompagnement social des personnes accompagnées se poursuive au sein des CHS (via une équipe de travailleurs sociaux dédiés, ou via le maintien du lien avec les travailleurs sociaux où les personnes accompagnées sont initialement hébergées), afin d'éviter des ruptures dans le parcours d'insertion des personnes.
- Réaliser des formations flash sur les questions d'addiction et de réduction des risques et des dommages pour les équipes des CHS. Les questions d'addiction, notamment à l'alcool, sont très présentes pour les personnes en rue ou hébergées et il est intéressant de les prendre en compte dans tous les lieux d'hébergement, mêmes temporaires.

1.6 Besoins primaires (eau & alimentation)

Bilan

Les associations et structures d'aide alimentaire ont été fortement touchées par le confinement. De grosses contraintes ont pesé sur leur organisation notamment en termes d'approvisionnement alors même qu'elles devaient faire face à une augmentation des besoins. En effet, pour les personnes vivant dans la rue ou dans des lieux de vie informels, l'accès à l'alimentation est devenu extrêmement complexe (moins de distribution ; arrêt des activités informelles ou de la manche qui permettaient d'avoir le minimum pour se nourrir). Pour pallier ces difficultés, l'État, ainsi que la Fondation Abbé Pierre ont distribué des chèques de service permettant aux personnes en situation de précarité d'acheter directement des denrées alimentaires dans des commerces classiques. La mise en place de ce système peut être saluée sur plusieurs points. Elle a permis de fournir une réponse rapide aux besoins urgents pendant la crise en plus d'être intéressant du point de vue de la capacité d'agir des personnes qui ont pu avoir le choix de leur alimentation. Il faut néanmoins souligner l'insuffisance du nombre de chèques de services distribués pour couvrir l'ensemble des besoins. En effet, au niveau national, ils ont bénéficié à 60 000 personnes ce qui est relativement peu comparé aux 5,5 millions de personnes dépendantes de l'aide alimentaire en 2018⁹ auxquels il faut ajouter les

⁹ LE MORVAN Franck et WANECQ Thomas, IGAS, La lutte contre la précarité alimentaire, 2019 <http://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-069R-P.pdf>

personnes nouvellement en difficulté à cause de la crise sanitaire. Selon l'union départementale des CCAS du Rhône, les besoins en aide alimentaire ont au moins été doublé pendant la période.

La période de crise a réaffirmé le fait que l'accès à l'eau et aux sanitaires est un besoin fondamental qui n'est pourtant pas toujours couvert notamment pour les personnes vivant dans la rue, en squat ou bidonville. La période de confinement a été problématique en ce sens puisque dans les premiers temps, la plupart des points d'eau, toilettes et douches publiques avaient fermées¹⁰. Grâce aux mobilisations associatives et à la réaction des collectivités, la majorité ont pu être ré-ouverts. Par exemple, la coordination de l'équipe mobile sanitaire du Rhône, de l'ALPIL et de Médecins du Monde a permis la réouverture rapide des points d'eau et toilettes publiques à proximité des bidonvilles et le ramassage des ordures à Feyzin. Dans le Rhône, plusieurs avancées institutionnelles sont à noter : la mairie de Feyzin a commandé l'installation de toilettes sèches pour le bidonville, la Croix-Rouge Française, en lien avec Veolia, a mené une évaluation d'assainissement sur les squats et bidonvilles de la métropole lyonnaise.

Nos propositions

- Développer le système des chèques de service alimentaires en veillant aux dates de validité de chèques de service et à l'acceptation large des magasins (notamment grandes surfaces) de ces chèques. Les structures d'AHI-L souhaitent avoir davantage de visibilité sur la pérennité du dispositif pour en faire un véritable outil d'accompagnement
- S'assurer d'un accès suffisant à l'eau, à des toilettes, à des bains-douches pour les personnes à la rue
- Encourager et pérenniser les avancées institutionnelles concernant les besoins de premières nécessités (accès à l'eau, sanitaires, etc.) en direction des squats et bidonvilles : les associations identifient les besoins avec les personnes vivant en squat ou bidonvilles puis relaient les demandes aux collectivités
- Veiller à intégrer systématiquement un volet de médiation dans toutes les interventions auprès des publics vivant en squat et bidonvilles

1.7 Accès à l'éducation et aux loisirs

Bilan

Le confinement, pour tous les enfants, a signifié école à distance. Pour les enfants des familles en situation de précarité, les difficultés se sont accumulées. Certains parents n'ont pas pu les soutenir dans cette scolarité à distance. Pour tous, le difficile accès à des ordinateurs et à une connexion Internet a rendu le suivi de la scolarité très chaotique. Par exemple, dans un centre d'hébergement du Rhône, un seul ordinateur était disponible pour la quarantaine d'enfants présents et disponible à des horaires restreints. Si pour les enfants scolarisés en primaire, plusieurs structures nous ont fait remonter que le suivi de la scolarité s'effectuait par voie postale, pour les enfants scolarisés en collège, la majorité des informations et exercices passaient par voie numérique.

De la même façon, l'accès aux loisirs, fondamental en toutes périodes mais cruciale au moment du confinement, a été limité. Plusieurs associations d'Auvergne-Rhône-Alpes nous ont fait savoir qu'il

¹⁰ Coordination des acteurs de l'urgence sociale du Rhône, 21 mars 2020, Covid-19 : double urgence sanitaire et sociale !

manquait des jeux, jouets et activités pour les enfants aussi bien dans les centres d'hébergement que dans les logements des familles en difficulté.

Les initiatives à valoriser :

L'action d'Emmaüs Connect : à l'échelle nationale, don de 16 000 ordinateurs ou tablettes et 50 000 recharges Internet¹¹ pour permettre aux jeunes de poursuivre leur scolarité.

Le programme Respirations, avec la Fédération des acteurs de la solidarité, les Petits Débrouillards et Culture du Cœur qui propose des animations et activités culturelles ou scientifiques dans les lieux d'hébergement des familles : 10 structures, à Grenoble, Clermont-Ferrand, Lyon et Bonneville ont réalisé des projets dans ce cadre au cours de l'été. Les projets ont été divers et variés : sortie à la montagne, au musée, ateliers photos et pyrogravure, sorties natures avec observation des insectes, stages sur la biodiversité ou l'alimentation ... Au total, une centaine d'enfants, jeunes et familles ont pu en profiter sur la région.

En partenariat avec l'ANCV, la Fédération des acteurs de la solidarité a également permis le départ en vacances de personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre du programme « Vacances pour tous » : au 6 août, 297 personnes issues de 11 structures ont pu en bénéficier en région Auvergne-Rhône-Alpes.

13

Nos propositions

- Renforcer l'accès aux outils numériques (matériel et compétences) dans les structures d'accueil et d'hébergement, qu'ils deviennent pleinement intégrés à l'accompagnement social.
- Poursuivre la possibilité d'utiliser les Chèques vacances sans nuitée pour offrir un choix plus importants aux personnes accueillies
- Prendre en compte les besoins spécifiques des enfants dans cette période de distanciation physique (masques inclusifs, accès au matériel)
- Élargir à l'ensemble des territoires et renforcer les projets culturels et éducatifs auprès des personnes hébergées et en particulier les enfants (type projet Respirations)

¹¹ Données au niveau national. Emmaüs Connect. Covid-19 : Nos actions de #ConnexionUrgence pour venir en aide aux personnes isolées. [en ligne] Page consultée le 24 septembre 2020. <https://emmaus-connect.org/2020/05/covid-19-actions-confinement/>

Axe 2 : L'importance de certains enjeux mise en exergue par la crise

2.1 Santé

La santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Constitution de l'OMS, 1948.

RAPPEL : Les inégalités sociales de santé

« Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence aux relations étroites existant entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles s'expriment par des différences systématiques, évitables et importantes de santé, entre des groupes de population »¹².

L'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes revient sur cette notion des inégalités sociales de santé au temps de la crise Covid. Il y est précisé que l'état de santé initial des personnes est à prendre en compte dans les conséquences que la crise a sur les individus. Par exemple, en termes de santé mentale, le confinement aura été plus durement vécu pour les personnes dont l'état de santé, lui-même déterminé par ses conditions sociales, était déjà moins bon.

De plus, « au-delà des populations particulièrement vulnérables, cette crise révèle et risque de renforcer les inégalités sociales qui traversent de manière structurelle l'ensemble de la société »¹³ dont les ISS font partie. Pour rappel, l'âge médian de décès des personnes à la rue est de 51 ans.

14

Des enjeux de santé particulièrement forts pendant la crise

Santé mentale

Pendant le confinement, les efforts ont d'abord été concentrés sur la gestion de la crise sanitaire et des cas positifs. La prise en compte de la dimension « physique » de la santé a été prépondérante au détriment de la dimension dite « mentale ». La plupart des services de santé hors Covid (CMP, PMI, cabinets de médecins libéraux, etc) ont fonctionné de manière dégradé pénalisant ainsi la continuité des soins.

En fonction des centres d'hébergement, le confinement a été vécu de manière variée. Certains professionnels ont été immédiatement confrontés à des situations « d'explosion », des comportements agressifs, des décompensations (suite à des traitements non délivrés, des défauts d'injection). Pour d'autres personnes accompagnées, le confinement avait un effet « contenant ». Face à des situations de détresse psychologique, d'angoisse voire de crise, les professionnels des structures d'Accueil-Hébergement-Insertion-Logement se sont sentis isolés.

Les équipes sanitaires mobiles, les Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP), les suivis par téléphone ou les initiatives de soutien psychologiques ad hoc ont permis de limiter les ruptures de soins.

¹² Porté clés santé Pays de la Loire. 2019. Inégalités sociales de santé, des clés pour comprendre.

¹³ PELOSSE Lucie et VILLEVAL Mélanie, 30 mars 2020, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'action pour la promotion de la santé. *Repères IREPS*, 6p.

Cette crise est venue exacerber les difficultés rencontrées par les structures d'Accueil-Hébergement et Insertion concernant le champ de la santé mentale. La dernière étude épidémiologique d'ampleur (Samenta, 2009)¹⁴ concernant la santé mentale des personnes en situation de grande précarité démontrait que 30% de celles-ci souffrent de troubles psychique, cette étude ne prenant pas en compte les personnes en souffrances psychiques (n'ayant pas trouble psychiques diagnostiqué). Or les professionnels des structures de l'Accueil-Hébergement-Insertion Logement ne sont pas toujours outillés et formés pour accompagner des personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiques. Ils font remonter régulièrement le besoin de développer des partenariats et coopérations avec les acteurs de la santé mentale, de la psychiatrie.

Addiction et pratiques de réduction des risques et des dommages

Plusieurs lieux d'hébergement ont instauré une tolérance à la consommation d'alcool en leur sein voire ont initié des pratiques plus larges de réduction des risques et des dommages. La Fédération Addiction, ses associations adhérentes, tout comme l'ANPAA ont proposé d'accompagner à distance les structures d'accueil-hébergement-insertion, pour la mise en place de pratiques, d'outils issus de la réduction des risques et des dommages. Outre des accompagnements au niveau local, la Fédération Addiction a publié des guides/fiches repères concernant l'accompagnement des conduites addictives en période de confinement et post confinement, a construit des capsules vidéos. En lien avec la Fédération des acteurs de la solidarité, un webinaire a été proposé aux professionnels des structures de l'Accueil-Hébergement-Insertion. Même si certaines structures n'ont pas souhaité pérenniser ces pratiques et qu'il existe encore des réticences, le confinement aura été l'occasion d'amorcer ou de renforcer des réflexions sur ces sujets dans les équipes.

Les accompagnements individuels des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) se sont poursuivis, lorsque cela était possible à distance, et parfois en présentiel quand la situation l'imposait.

Accès aux soins des étrangers

En fin d'année 2019, le gouvernement a souhaité durcir les conditions d'accès aux droits et aux soins des personnes étrangères¹⁵.

Les demandeurs d'asile (décret du 30 décembre 2019) doivent désormais attendre un délai de trois mois de résidence en France pour pouvoir prétendre à la Protection Universelle Maladie et à la Complémentaire Santé Solidaire. Pendant ces trois mois, les demandeurs d'asile peuvent uniquement bénéficier des soins d'urgence au titre du Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV). A l'expiration du titre de séjour, le maintien des droits à l'assurance maladie sont réduits de 12 mois à 6 mois.

Pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire, elles devront prouver qu'elles résident depuis trois mois de manière irrégulière sur le territoire pour prétendre à l'Aide Médicale

¹⁴ Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(36-37):693-7.

¹⁵ <https://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/sante/11049-acc%C3%A8s-aux-droits-et-aux-soins-des-personnes-%C3%A9trang%C3%A8res-d%C3%A9cryptage-des-derni%C3%A8res-%C3%A9volutions-introduites-en-fin-d%E2%80%99ann%C3%A9e-2019-et-en-d%C3%A9but-d%E2%80%99ann%C3%A9e-2020>

d'Etat (AME). Il était également prévu que les premières demandes d'AME soient réalisées au guichet de la CPAM.

Au tout début du confinement, les associations ont interpellé l'Etat et la CNAM quant à la situation des personnes étrangères sur le territoire : leur accès aux soins et à l'ouverture de droits, déjà difficile en temps ordinaire, allait se complexifier au cours du confinement si des mesures de simplification pour l'ouverture des droits n'étaient pas prises. Il était important de prévenir les ruptures de soins de personnes en situation irrégulière ou en fin de droit, à cause d'une fin de validité de carte AME, ou encore de l'expiration d'un titre de séjour.

La CNAM, afin de faciliter les démarches administratives concernant les demandes et renouvellement d'AME a demandé à chaque CPAM d'ouvrir une boîte mail générique, en suivant la même racine :

demande_ame.cpamXXX@assurance-maladie.fr (XXX = numéro de CPAM ex.751 pour Paris).

Ces boîtes mail génériques permettaient de limiter les déplacements de la population. Les retours des professionnels ont été très favorables suite à la mise en place de ces boîtes mails. Il a donc été décidé de les conserver. Il a néanmoins été regretté que certaines CPAM n'aient pas suivi le modèle générique proposé par la CNAM, sur lequel il y avait eu une communication importante. Ce qui a, parfois, allongé les délais de traitements des demandes, le temps que les acteurs des départements des CPAM en question, aient connaissance de l'adresse mail retenue par leur CPAM.

Les initiatives à valoriser :

L'ORSPERE SAMDARRA a renforcé sa plateforme de soutien psychologique « santé mentale, migration et précarité » à destination des professionnels et des personnes en situation de précarité.

La permanence était ouverte sur des amplitudes horaires plus larges et du lundi au vendredi.

Il a également, en lien avec l'ARS, publié un récapitulatif des permanences d'écoute téléphonique en santé mentale, prévention des risques de suicide, addiction, pour les personnes victimes de violences et pour les professionnels de santé.

Le Carrefour santé-mentale de l'Ain a réalisé un fichier partagé à destination des professionnels regroupant des idées d'activités de santé mentale et soutien psychosocial à mettre en œuvre pendant la période de confinement.

Fiches repères et capsules vidéos de la Fédération Addiction pour soutenir les professionnels des structures de l'AHIL sur la mise en place d'outils issus la Réduction des Risques et des Dommages, de la gestion des consommations.

Nos propositions

- Favoriser l'accès aux soins psychiatriques, à une meilleure continuité de ceux-ci pour les personnes vulnérables, notamment par la coordination entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires
- Soutenir la mise en place d'une coordination régionale conjointe des EMPP (Équipes Mobiles Précarité Psychiatrie) et des PASS
- Moduler les règles de sectorisation pour les personnes en situation de précarité, par la mise en place d'action d'aller vers des Centres Médico-Psychologiques au domicile des personnes. Le renforcement de la psychiatrie de ville est indispensable pour faire face aux difficultés croissantes d'accès aux soins des enfants et des adultes confrontées à des problématiques de santé mentale.
- Poursuivre l'accompagnement des structures d'hébergement dans les changements des pratiques concernant la réduction des risques et des dommages.

17

2.2 Participation des personnes

Récapitulatif des enjeux

Les grands absents des orientations et décisions prises pour les personnes en situation de précarité pendant la période ont été les personnes elles-mêmes. Voici l'une des conclusions du bilan du groupe de coordination des acteurs de l'urgence sociale du Rhône qui s'est constitué pendant le confinement. En effet, dans l'urgence, la voix des personnes elles-mêmes n'a été ni entendue ni écoutée. Pourtant, il est fondamental de prendre en compte les contraintes, les craintes, les représentations et compétences des personnes concernées dans l'optique d'une action pertinente et respectueuse de la dignité des personnes.

Par exemple, pendant le confinement, les déplacements des personnes en squat vers des hôtels a été très difficile et beaucoup de réticences ont été notées. Elles peuvent facilement être comprises lorsque l'on écoute les personnes elles-mêmes. Ne disposant pas d'autorisation de déplacement spécifique pour ce déplacement, les personnes avaient extrêmement peur des contrôles de police. De plus, les réseaux de transports en commun fonctionnaient en mode dégradé. Enfin, même s'il s'agit d'une mise à l'abri, le départ d'un lieu de vie, même informel, signifie quitter un lieu dans lequel les personnes disposent d'une certaine stabilité, d'un certain réseau de sociabilité. Ces observations sont valables pour l'ensemble des décisions qui touchent les personnes en situation de précarité (hébergement mais aussi santé, emploi, etc.).

Initiatives à valoriser

Les études et actions financées / réalisées par la FAP pour recueillir parole des personnes accompagnées.

Mise en place d'une plateforme de participation par le Conseil National des Personnes Accueillies/Accompagnées. Sur cette plateforme, des personnes accueillies, sans abris ont témoigné de leur situation pendant le confinement, de leur ressenti, vécu. Des propositions des personnes accompagnées/accueillies, pour améliorer la situation, ont également été publiées sur cette plateforme¹⁶.

Plateforme Participation en Isère : recueil des paroles des bénéficiaires via les réseaux sociaux
- <https://www.facebook.com/hashtag/monconfinementmesgalères>

Nos propositions

- Poursuivre la formation des intervenants sociaux pour une évolution de l'intervention sociale et son mode d'appréhension des publics en situation de précarité : Collectif Soif de connaissances, recherches inclusives, participations journées d'étude
- Développer des outils participatifs au sein des structures / en inter-structures pour favoriser la prise en compte de la parole des personnes accompagnées
- S'assurer que les demandes exprimées par les personnes accompagnées soient prises en compte, et suivies d'une réponse que celle-ci soit négative ou positive.

2.3 Travail social et Hébergement

Récapitulatif des enjeux

L'immense majorité des travailleurs sociaux a continué à travailler auprès des personnes en situation de précarité, que ce soit à distance ou en présentiel en interne aux structures d'hébergement. Ceux qui ont continué à travailler en présentiel l'ont d'abord fait, durant les mois de confinement, sans aucun moyen de protection. Ce qu'il est important de retenir est que, quoi qu'il en soit, l'accompagnement social s'est poursuivi, les professionnels ont réussi à maintenir le lien d'accompagnement avec les personnes. Ils ont parfois accepté des modes de travail « hors normes » comme l'illustre le bilan de la période de l'association SOLIHA : par exemple, les salariés concernés ont accepté de basculer le standard sur leur téléphone personnel. L'accompagnement des personnes en situation de précarité réalisé par les travailleurs sociaux est large et global. Les questions de santé, surtout pendant la période de crise sanitaire, sont des problématiques abordées de fait par les intervenants sociaux. Les incertitudes liées à la Covid-19 ont donc rendu ce travail d'accompagnement social global plus éprouvant et stressant pour les professionnels.

En ce sens, l'instruction budgétaire du 5 juin concernant le versement d'une prime en faveur des professionnels des établissements médico-sociaux a été une première reconnaissance de ce travail « en première ligne ». Cependant, cette prime n'a concerné que les établissements financés à travers

¹⁶ <https://participons.cnpa-crpa.org/>

le BOP 177 créant des disparités au sein des équipes au service de projets multi-financés (Conseil département, ARS etc..).

Par ailleurs, la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes, a initié des groupes d'échanges des pratiques à distance, à destination des professionnels des structures du secteur AHI. Au cours de ces échanges, les professionnels ont notamment mis en exergue l'importance du maintien du lien social pendant cette période. Celle-ci révélant chez des personnes accompagnées, du stress, des angoisses. L'hébergement collectif a alors pu être facilitant pour lutter contre l'isolement des personnes.

Les professionnels accompagnant les personnes en logement ou en diffus, ont, pour leur part usé de créativité pour maintenir le lien avec les personnes et prévenir les risques d'isolement. Le confinement a été l'occasion pour les professionnels d'expérimenter les outils numériques et audio avec les personnes accompagnées (Whatsapp, Zoom, etc.).

De ces retours d'expérience, il ressort que la dimension collective des hébergements a permis pendant cette période de confinement de conserver un accompagnement en présentiel (les solutions mises en place à distance, aussi importantes furent-elles, ont démontré leurs limites). Cela a aussi garanti un rempart important contre l'isolement social que les personnes en situation de précarité sont plus susceptibles de connaître notamment lorsqu'elles sont âgées¹⁷.

Cela doit alimenter nos réflexions, dans cette période de promotion du Logement d'abord, afin d'envisager des solutions adaptées pour développer et renforcer le lien social des personnes.

2.4 Solidarité et relation à l'autre

La crise sanitaire vient réinterroger les questions d'altérité, du rapport à l'autre. Tout au long du confinement, de nombreuses initiatives citoyennes ont vu le jour pour venir en aide à ses proches, ses voisins, aux personnes seules, personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap, etc. Il pouvait s'agir entre autres de dons de denrées alimentaires, d'équipements, de fabrication maison de masques ou de gels hydro-alcooliques. Pour favoriser le développement des actions de soutien, des associations ont relayé les initiatives, faciliter les liens entre demandes d'aides et offres. Des voisins, médecins, psychologues, personnes étant au chômage partiel, ont sollicité les structures de l'AHI-L pour proposer leur aide. Cette dynamique solidaire a été appréciée par les professionnels.

Néanmoins, la covid-19 vient également créer, ou exacerber des sentiments de méfiance, de peur de l'autre, celui-ci étant perçu comme un potentiel danger. Avec un risque, notamment pour les personnes exclues socialement, celui de creuser les phénomènes de stigmatisation.

Aussi des professionnels de structures d'AHI-L ou du Dispositif National d'Accueil ont constaté que des personnes accueillies ayant des symptômes de la Covid-19 ont cherché à les cacher, par honte d'avoir cette maladie vis-à-vis des autres, par culpabilité et également par crainte de ce qui pourrait

¹⁷« Le lien isolement/précarité a été constaté dans différentes études et nous le confirmons également. (...) Plus les revenus sont faibles, plus le sentiment de solitude est exacerbé. (...) Les personnes isolées représentent 74 % des allocataires [de l'Allocation de Solidarité pour les Personnes Âgées], contre 43 % pour l'ensemble des 62 ans ou plus ». Petits Frères des Pauvres. Juin 2020. Rapport Petits Frères des pauvres. Isolement des personnes âgées : les effets du confinement.

leur arriver en cas de test positif au coronavirus (séparation enfants/parents, exclusion, envoi vers un CHS avec la peur d'un contrôle de leur situation administrative).

Les distances physiques imposées pour limiter la circulation du virus viennent bousculer nos relations aux autres et peuvent être facteurs de distanciations sociales.

Axe 3 : Les perspectives d'évolution du secteur AHI suite à la crise

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a été l'occasion de réaffirmer l'importance de certains principes et évolutions déjà amorcées dans le secteur de l'AHI. L'objectif de Zéro remise à la rue à l'issue du confinement ainsi que la prolongation de la trêve hivernale ont été bénéfiques pour les personnes accueillies. En effet, cela a permis la stabilisation des lieux d'hébergement. Cela a permis à la fois d'augmenter les capacités d'accueil et d'allonger le temps d'accompagnement pour les personnes qui ont pu en bénéficier.

20

La période que nous venons de traverser et les mesures prises par le gouvernement ont montré que ce que nous demandions pendant des années est possible.

Cependant, ces ouvertures de place ne doivent pas se faire au détriment des principes fondamentaux de l'hébergement inscrits dans le Code général de l'action sociale et des familles (CASF) et constituant le principe d'inconditionnalité de l'accueil. L'article L.345-2-2 du CASF pose le principe de droit à l'hébergement d'urgence : "toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence". Il précise également que cet hébergement doit assurer des prestations minimales conformes à la dignité des personnes : "Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale". L'article L.345-2-3 du CASF quant à lui affirme les principes de continuité de l'accueil et le droit à un accompagnement social : "Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée ».

3.1 Un hébergement d'urgence de qualité

Les observations :

L'initiative lancée par les professionnels de l'humanitaire RUSH a permis de donner des éléments précis sur les conditions d'accueil dans seize sites d'hébergement d'urgence dans le Rhône. Ce qui ressort de leur bilan est la faible capacité d'isolement des centres. Au total 120 places d'isolement sont disponibles pour 2 321 personnes. Concernant les produits d'hygiène, 93% des sites n'en disposaient pas assez pour respecter les consignes sanitaires et 85% des centres visités manquent d'installations sanitaires (toilettes, accès à l'eau, douches) suffisantes par rapport au nombre de personnes hébergées¹⁸. Au-delà du risque élevé de transmission du virus dans ces conditions, ces éléments questionnent quant à la qualité et la dignité de l'accueil que les structures d'hébergement sont en capacité de proposer.

¹⁸ RUSH. 1^{er} juillet 2020. Mission de diagnostic et d'évaluation des mesures de protection sanitaire collective dans les centres d'hébergement du Rhône durant la première vague épidémique Covid-19.

En effet, si les conditions d'accueils dans les centres d'hébergement ne sont aujourd'hui pas optimales, cela s'explique en grande partie par la pression financière que subissent les associations gestionnaires. Les deux arrêtés concernant les tarifs plafonds pour 2020 et les dotations régionales limitatives des CHRS confirment cette tendance. Les crédits pour 2020, à hauteur de 643 millions d'euros, constituent une hausse de 7 millions par rapport à 2019. Celle-ci s'explique par une transformation de places d'hébergement d'urgence en CHRS. De plus, si les 636 milliards d'euros sont maintenus par rapport à 2019, ceci est dû à l'injection de 10 millions d'euros de crédits issus de la Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, qui sont des crédits non-reconductibles. Par ailleurs, nous anticipons une baisse des ressources des personnes hébergées du fait de la crise sanitaire ce qui va avoir un impact négatif sur les montants tirés de la participation financière des personnes¹⁹.

A ces éléments concernant la campagne budgétaire 2020, s'ajoute la question des surcoûts liés à la gestion de la crise sanitaire. Le remboursement de ces surcoûts est sensé être réalisé dans le cadre de conventions ad hoc non reconductibles. Néanmoins, à ce jour, de nombreuses associations gestionnaires des centres d'hébergement n'ont pas eu d'éléments précis sur la date du remboursement ou sur la nature des surcoûts pris en charge. Ces associations multiplient les demandes de remboursement chronophages sans garantie du montant du remboursement final. On peut également noter que les dossiers de demande de remboursement ont été demandés à une époque où les associations n'avaient pas réalisé la totalité de leurs achats, des factures n'ont, par conséquent, pas été prises en compte dans les demandes de remboursement. Dans ces conditions, il est impossible d'avoir une visibilité à moyen terme et donc très difficile d'envisager des actions d'amélioration des prestations proposées aux personnes hébergées.

Nos propositions

- Engager un travail partenarial visant à élaborer un cahier des charges des centres d'hébergement préconisant les équipements minimum en termes d'hygiène, de sanitaires, de cuisines en fonction du nombre de personnes accueillies
- Mettre en œuvre concrètement les mesures d'amélioration des conditions d'accueil (crédits d'humanisation et autres financements dédiés)
- Revaloriser à la hausse les tarifs plafonds et/ ou augmenter les dotations des structures pour permettre une amélioration de la qualité des prestations proposées aux personnes hébergées.
- Diffuser des informations claires quant au remboursement des surcoûts (date et nature des surcoûts remboursés) pour permettre aux structures d'hébergement d'avoir une meilleure visibilité financière.

3.2 Un hébergement qui permet accès aux soins et au droit commun

L'enjeu

Que ce soit au travers des observations réalisées par les équipes sanitaires mobiles, des conclusions des acteurs de l'urgence sociale ou des nombreuses études concernant les inégalités sociales de santé, la nécessité de l'accès aux soins et au droit commun des personnes à la rue ou en

¹⁹ Fédération des acteurs de la solidarité. 10 septembre 2020. Campagne budgétaire des CHRS 2020 : suspension des tarifs plafonds. [en ligne]. Consulté le 24 septembre 2020.

<https://federationsolidarite.org/champs-d-action/hebergement-logement/11787-campagne-budg%C3%A9taire-des-chrs-2020-une-pause-en-trompe-l%E2%80%99%C5%93il>

centre d'hébergement est sans cesse réaffirmée. L'accès aux soins et droit commun doit désormais faire systématiquement partie de l'accompagnement social des personnes, quelle que soit leur situation.

Les initiatives à valoriser :

De mars à juin 2020, une cellule infirmière s'est mise en place au sein des structures du Groupement des Possibles dans l'Isère. Des infirmières travaillaient déjà au sein du groupement dans le cadre de certains dispositifs précis.

Au moment de la crise, elles ont décidé d'apporter un appui particulier à chaque établissement du groupement. Chaque établissement bénéficiait alors d'une infirmière référente pour un appui concernant la Covid (gestes barrières, mise en place des protocoles, formations et informations).

À l'issue de la crise, les infirmières de cette cellule et les équipes des établissements ont fait le constat qu'il serait intéressant de poursuivre cette action en l'orientant vers des activités de prévention et d'information collective, de prévention des ruptures dans les parcours de soins. La crise sanitaire liée à la Covid-19 leur a permis de trouver une organisation interne prenant en compte les problématiques de santé de leurs résidents.

22

Nos propositions

- Intégrer l'accompagnement en santé dans le cahier des charges de tous les dispositifs de sortie de rue.
- Aller vers les personnes en situation de précarité : les centres de santé, les professionnels des maisons de santé pluri-professionnelles pourraient réaliser des actions d'aller-vers dans les dispositifs d'hébergement, avec ceux de la veille sociale afin de réaliser des actions en santé (prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique) en coordination et en coopération avec les acteurs et partenaires du territoire, sur des financements supplémentaires.

Conclusion

L'enseignement majeur de cette crise sanitaire restera la nécessaire coordination des acteurs sociaux et sanitaires, au niveau associatif comme des pouvoirs publics. Pendant la période, de nouvelles coopérations sont nées et l'enjeu actuel est de les faire perdurer et de les coordonner pour répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité sur les territoires. Il est aujourd'hui important de soutenir et d'accompagner toute évolution en ce sens. Les propositions rédigées dans ce document se veulent à la fois concrètes et constructives, mais loin d'être exhaustives, et doivent s'ajouter aux réflexions des partenaires et acteurs du secteur.

La crise liée à la Covid-19 est également sociale et économique. Elle a, et continue, de faire plonger de nouvelles personnes dans la précarité et de rendre encore plus complexe des situations qui l'étaient déjà (explosion des demandes alimentaires, progression des demandes de RSA, recrudescence des impayés de loyer dus à des baisses de revenus). Face à ce constat, seulement 1% des crédits du plan de relance du gouvernement est affecté aux politiques de soutien aux plus précaires ce qui apparaît très insuffisant. La Fédération des acteurs de la solidarité au niveau national a donc publié trois propositions majeures : relance de la production de logement sociaux et d'hébergements pérennes ; revalorisation du RSA ; plan de création d'emplois solidaires. Elles constituent des mesures plus que nécessaires dans le contexte actuel.

Bibliographie :

Coordination des acteurs de l'urgence sociale du Rhône, 21 mars 2020, Covid-19 : double urgence sanitaire et sociale !

Direction Générale de la Cohésion Sociale, Cahier des charges des centres d'hébergement spécialisés pour les personnes malades sans gravité Covid19 sans domicile fixe ou venant de centres d'hébergement ou de logements adaptés.

Emmaüs Connect. Covid-19 : Nos actions de #ConnexionUrgence pour venir en aide aux personnes isolées. [en ligne] Page consultée le 24 septembre 2020. <https://emmaus-connect.org/2020/05/covid-19-actions-confinement/>

Fédération des acteurs de la solidarité. 10 septembre 2020. Campagne budgétaire des CHRS 2020 : suspension des tarifs plafonds. [en ligne]. Consulté le 24 septembre 2020. <https://federationsolidarite.org/champs-d-action/hebergement-logement/11787-campagne-budg%C3%A9taire-des-chrs-2020-une-pause-en-trompe-l%E2%80%99%C5%93il>

Ministère des solidarités et de la santé. 20 mars 2020. Préparation à la phase épidémique de Covid-19. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidemie-v15-16032020.pdf>

LE MORVAN Franck et WANECQ Thomas, IGAS, La lutte contre la précarité alimentaire, 2019 <http://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-069R-P.pdf>

PASS du centre hospitalier Saint-Joseph Saint-Luc. Bilan d'activités de l'équipe sanitaire mobile de mars à mai 2020.

PELOSSE Lucie et VILLEVAL Mélanie, 30 mars 2020, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'action pour la promotion de la santé. *Repères IREPS*, 6p.

Petits Frères des Pauvres. Juin 2020. Rapport Petits Frères des pauvres. Isolement des personnes âgées : les effets du confinement.

Porté clés santé Pays de la Loire. 2019. Inégalités sociales de santé, des clés pour comprendre.

RUSH. Les actions réalisées [en ligne]. Page consultée le 24 septembre 2020. <https://socialhumanitaire.wordpress.com/biosecurite-log/>

RUSH. 1^{er} juillet 2020. Mission de diagnostic et d'évaluation des mesures de protection sanitaire collective dans les centres d'hébergement du Rhône durant la première vague épidémique Covid-19.

Index des acronymes utilisés

ACT :	Appartement de Coordination Thérapeutique
AHI-L :	Accueil-Hébergement-Insertion- Logement
ARS :	Agence Régionale de Santé
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS :	Centre d'Hébergement Spécialisé
CHU :	Centre d'Hébergement d'Urgence
CMP :	Centre Médico Psychologique
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDCS :	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DRJSCS :	Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale
DGS :	Direction Générale de la Santé
EMPP :	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESM :	Equipe Sanitaire Mobile
FAP :	Fondation Abbé Pierre
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
LAM :	Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS :	Lit Halte Soins Santé
MRSI :	Maison des Réseaux de Santé Isère
UGAP :	Union des Groupements d'Achats Publics
URIOPSS :	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux