

« L'aller-vers »

Comment donner corps aux démarches sur notre territoire ?

Travaux des groupes de travail Santé et Hébergement/Logement de la Stratégie Pauvreté – Hauts-de-France
Avec l'appui du groupe de travail « Participation »

Avril / Juin 2021

Table des matières

A – Eléments de méthode d’une démarche de travail conjointe, collective et inclusive.	4
47 contributions de professionnels pour préparer les travaux.	4
Des groupes de travail préparatoires du côté des personnes concernées	6
L’ACTE I et l’ACTE II : des temps de réflexion collective	6
B - L’évolution des publics	7
L’arrivée de nouveaux publics n’est plus une hypothèse, mais un constat.	7
Ce que les acteurs peuvent dire des nouveaux publics	8
Les problématiques de santé les plus prégnantes.....	11
C - Quelle connaissance des dispositifs d’aller-vers sur les territoires ?	16
D - Des démarches « d’aller-vers » particulièrement appréciées	17
Les points communs à l’ensemble des dispositifs d’aller-vers qui font leur plus-value	18
Quelques particularités pointées en fonction du type de dispositif repéré :.....	19
E - Les orientations proposées au regard des propositions issues des contributions.	21
1 – Permettre aux personnes de disposer d’un « lieux de vie » sécurisant.	22
2 – Renforcer les dispositifs de « droit commun »	26
3 – Déployer ou renforcer des dispositifs « passerelles »	30
4 – Créer les conditions d’un accompagnement mixte : santé/social	33
5 – Permettre aux acteurs de terrain d’agir en amont.	35
6 – Développer ou renforcer les lieux de concertation, d’échanges et de coordination.	38
F – Tentative de conclusion	40
ANNEXES	42
UNE VISION TERRITORIALISEE DE L’EXISTANTS POUR QUELQUES DISPOSITIFS	42
Liste des PASS dans les Hauts-de-France	43
Liste des EMPP dans les Hauts-de-France	44
Liste des SSIAD Précarité dans les Hauts-de-France	45
Liste des consultations avancées en addictologie proposées par les CSAPA au sein des structures d’hébergement et en partenariat avec elles, dans les HAUTS-DE-FRANCE.	46

Préambule

Les groupes de travail « Santé » (GT6) et « Hébergement/Logement » (GT4) de la stratégie pauvreté en Hauts-de-France, ont souhaité se réunir pour travailler sur les questions « d’aller-vers » en santé à destination des publics en situation de précarité.

Le commissaire à la stratégie pauvreté, la DREETS et l’ARS Hauts-de-France qui sont à l’initiative de cette ambition commune ont soutenu et accompagné les travaux des groupes tout au long de leur cheminement.

Ayant à cœur d’entendre et recueillir la parole précieuse des personnes concernées, les GT4 et 6 ont également fait appel au groupe de travail « participation » (GT14) pour les appuyer dans la mobilisation des personnes concernées.

Le document de synthèse qui résulte de ces travaux se veut être le reflet fidèle et sans filtre de l’ensemble des contributions des acteurs qui ont participé aux différents temps de réflexion. Le parti pris des membres des GT4 et 6 fut donc de ne pas interférer sur le contenu des débats et sur la teneur des propositions, en s’astreignant à un rôle d’animation des échanges et de structuration du fruit de ces échanges.

En conséquence, le document doit être considéré comme un « guide de réflexion », dont chaque acteur pourrait potentiellement se saisir dans son champ de compétences et sur son territoire.

La liste des « expériences inspirantes » relatées est bien entendu incomplète, et nous sommes convaincus qu’il existe encore bien d’autres « pépites » qui n’ont pas été remontées dans le cadre de ces travaux.

Les propositions ici formulées demandent bien entendu à être étudiées et analysées à l’aune des contraintes de chacun, des dispositifs et expériences préexistants, mais elles ont pour ambition de nourrir la réflexion et d’influer sur les orientations qui seront prises dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé.

A – Eléments de méthode d’une démarche de travail conjointe, collective et inclusive.

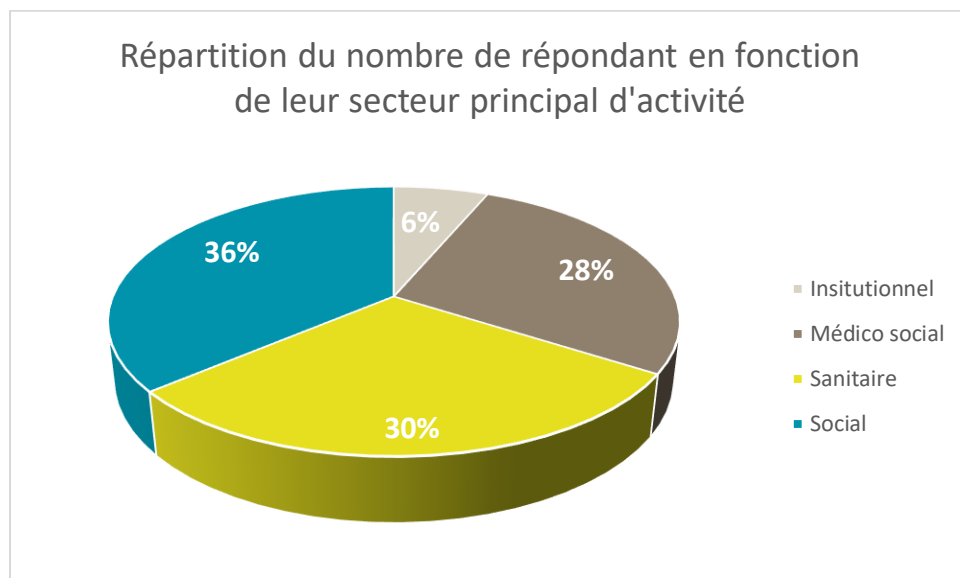
47 contributions de professionnels pour préparer les travaux.

Afin de préparer les travaux des rencontres du 13 et du 20 avril 2021, les acteurs du territoire ont été invités à contribuer par écrit en amont des rencontres.

Le travail de synthèse réalisé à partir de ces contributions a servi de base aux échanges des groupes.

La participation des acteurs de la région à cette contribution à distance en amont des rencontres du 13 et du 20 avril a été relativement importante puisque 47 réponses ont été réceptionnées.

L’analyse des répondants révèle que si leur répartition n’est pas nécessairement équilibrée entre les secteurs d’activités et les territoires, il existe à minima plusieurs contributions issues de chaque territoire et pour chaque secteur d’activité.

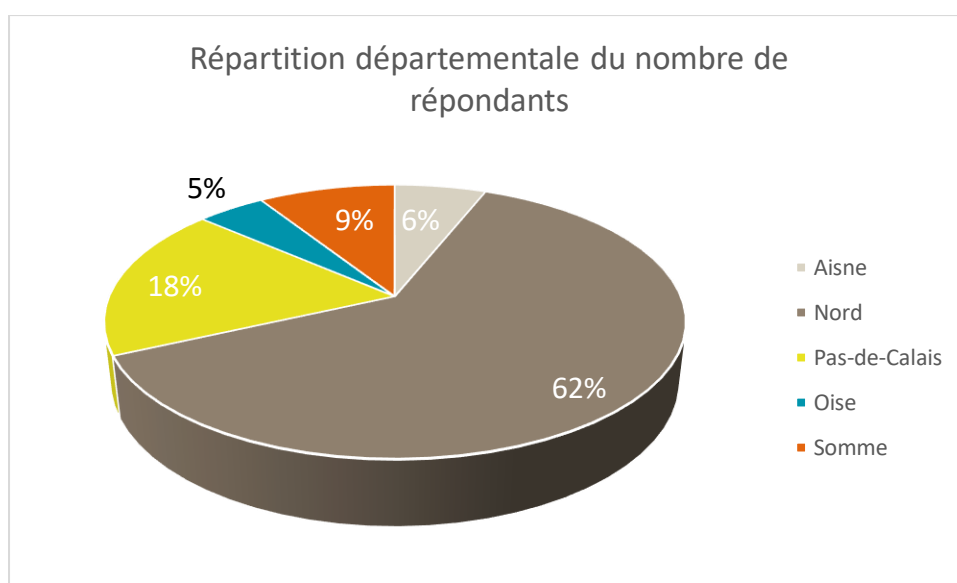


De nombreuses organisations, ayant répondu à cet appel à contribution portent différents dispositifs dont certains sont rattachés à différents secteurs (médico-social et social par exemple). Pour avoir un panorama global de l’origine des contributions, nous avons fait le choix de référencer les organisations participantes par secteur en rattachant les organisations “mixtes” à leur secteur d’attache historique et/ou prépondérant.

Par exemple :

- Une association portant d'une part, majoritairement des dispositifs d'hébergement, et d'autres part, des places de LHSS, sera considérée ici dans le secteur « social ».
- Une association portant majoritairement un CSAPA et quelques places d'hébergement sera considérée ici dans le secteur « médico-social »
- Un hôpital portant une PASS ou une Equipe mobile psychiatrie précarité sera considérée ici dans le secteur « sanitaire ».

Si l'on considère le nombre de contributions dans les grandes masses, l'équilibre est proche. En effet, tant pour le sanitaire que pour le social, le taux de représentation dans la part totale des contributions est proche d'un tiers. Le secteur médico-social, lui, s'en approche largement avec 28%. La présence de quelques institutionnels dans les contributions est également à noter, et provient exclusivement des CPAM.



De manière classique dans notre région, et en cohérence avec le nombre d'acteurs et le maillage territorial, le département du Nord est le plus présent dans les contributions transmises, suivi par le Pas-de-Calais.

L'Aisne, la Somme et l'Oise représentent à eux trois 20% des contributions réceptionnées.

Ce document de synthèse des contributions transmises en amont des groupes de travail n'avait pas l'ambition d'être exhaustif, ni quantitatif, mais de pointer des tendances qualifiées via les remontées de terrain pour alimenter les échanges lors des temps de travail intitulés « ACTE I et ACTE II ».

Des groupes de travail préparatoires du côté des personnes concernées

Les personnes concernées ont également été sollicitées en amont des rencontres des 13 et 20 avril.

Cette contribution est le fruit d'une collaboration avec le GT14 "participation" au travers de l'association "Participation et fraternité" qui a apporté un appui méthodologique dans la conception d'un questionnaire adapté, dans la mobilisation et le recueil de la parole des personnes concernées (au sein des GREPA : "Groupes Réfléchir Ensemble, Proposer et Agir", et de groupes issus du CRPA Hauts-de-France) et dans l'accompagnement des participants aux rencontres (appropriation des sujets et préparation à la prise de parole).

4 rencontres ont pu se réunir : 2 GREPA sur Lille, un sur Saint Quentin, ainsi qu'un groupe issu du CRPA sur Lille. Un temps sur Amiens proposé par le CRPA n'a malheureusement pu se tenir pour des raisons d'agenda.

L'ACTE I et l'ACTE II : des temps de réflexion collective

Les groupes de travail « Santé » et « Hébergement/Logement » de la stratégie pauvreté ont proposés aux acteurs de la région un **cycle de rencontres « L'aller-vers » : comment donner corps aux démarches sur notre territoire ? »** composé de 2 rencontres de travail : l'ACTE I et l'ACTE II, qui ont eu lieu les 13 et 20 avril 2021.

Ces rencontres ont révélé une forte mobilisation des acteurs du territoire et des personnes concernées qui ont répondu en nombre à l'invitation puisqu'au total **102 participants** (hors animateurs) se sont inscrits.

Si les professionnels furent majoritaires en nombre lors des deux rencontres (74 sur 102 participants), la représentativité des **personnes concernées** fut réelle, avec **28 participants** (soit 27%) mobilisés et accompagnés par le CRPA et par le GT14.

Une analyse de la répartition des professionnels a permis de constater que le **secteur social** fut le plus représenté avec **36% des participants** (27 sur 74), puis le **secteur médico-social (23%)** et à égalité les **secteurs sanitaire et institutionnel (20%** chacun).

En ce qui concerne le déroulement des rencontres :

Après **un temps de présentation des objectifs et des enjeux** (à savoir, influencer, par des propositions concrètes sur les décisions qui seront prise dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur de la santé), des groupes de travail furent constitués.

Afin de favoriser la réflexion collective et d'optimiser les échanges, les participants ont été répartis en **quatre groupes homogènes** (composés de personnes concernées et de professionnels de chaque secteur), chaque groupe étant animé par une équipe de quatre

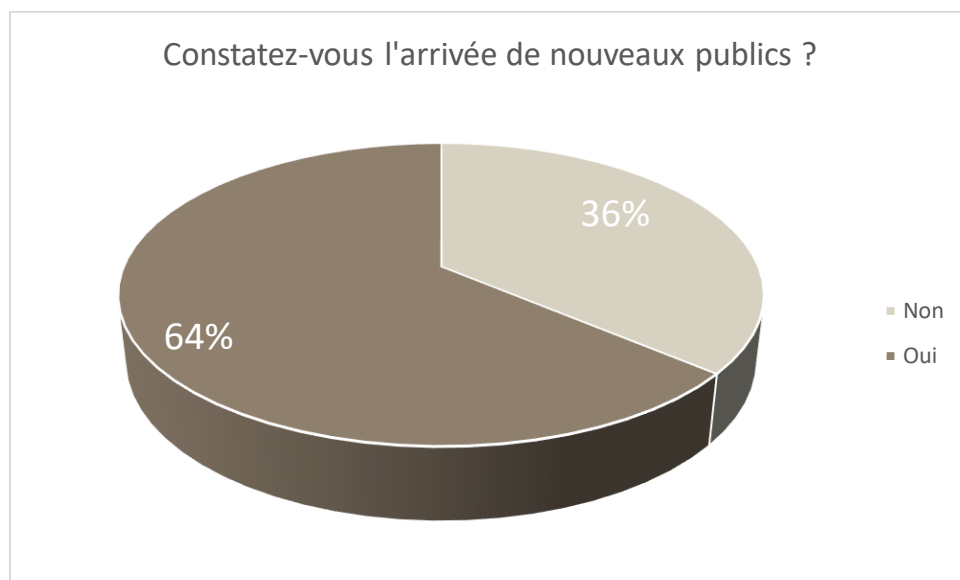
personnes : un animateur (chargé de lancer et d'organiser les débats), un animateur "Klaxoon" (chargé de restituer en temps réel les propos des participants), un rapporteur (dédié à la prise de notes, à la validation "en direct" des propos des participants et au respect du temps imparti à chaque sujet débattu) et un facilitateur (chargé de favoriser la prise de parole des personnes concernées).

Chaque groupe a ainsi eu l'opportunité de s'exprimer sur l'ensemble des sujets recensés dans les contributions écrites et d'apporter leurs propres contributions.

B - L'évolution des publics

L'arrivée de nouveaux publics n'est plus une hypothèse, mais un constat.

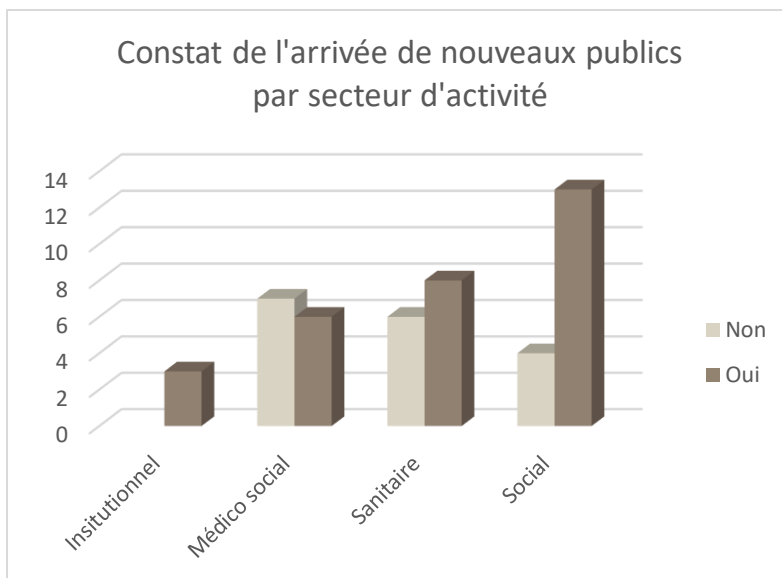
Les contributions faites en amont de l'ACTE I et de l'ACTE II ont largement confirmé l'hypothèse de l'arrivée de nouveaux publics



64% des répondant constatent ce phénomène.

Si la répartition territoriale en la matière n'est pas significative, nous pourrions éclairer plus loin certaines particularités remontées sur des territoires spécifiques.

En revanche, les démarches « d'aller-vers » à destination des publics en situation de précarité pour leur permettre d'accéder aux droits, aux soins, à la santé de manière globale (...) nous invitent à imaginer que les services d'accompagnement social seront potentiellement en première ligne pour repérer de nouveaux publics en situation précaire et exprimant des besoins en matière de santé.



Au sein des répondants à l'appel à contribution, une grande majorité fait le constat de l'arrivée de nouveaux publics. Dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, la part des répondants identifiant de nouveaux publics et celle répondant que pour le moment, le public est toujours le même, tend à s'équilibrer.

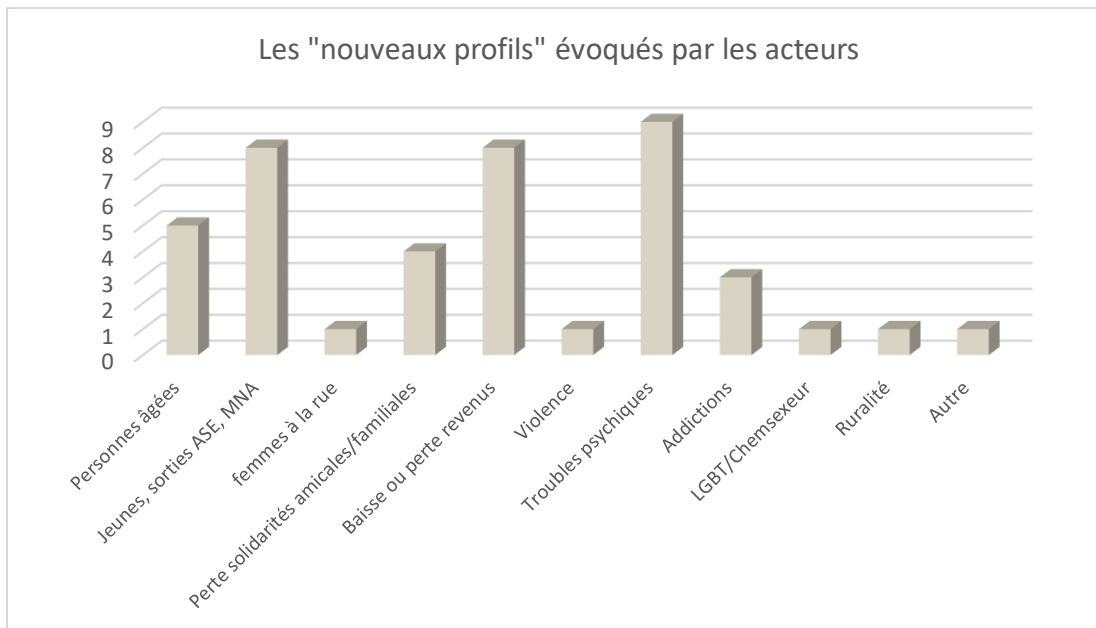
Du côté des CPAM, qui sont nos « institutionnels », l'ensemble évoque effectivement l'arrivée de nouveaux publics.

Ce que les acteurs peuvent dire des nouveaux publics

La définition de « nouveaux publics » en situation de précarité et en difficulté d'accès au système de santé est un exercice dépendant de l'approche intrinsèque de chacune des personnes ayant contribué à nos travaux.

Elle est tantôt abordée par des aspects administratifs, ou liés à des problématiques de santé, ou encore à des situations de vie.

Néanmoins, les groupes de travail ont fait apparaître un consensus général, rassemblant non seulement les professionnels des différents secteurs mais aussi les personnes concernées : au-delà de « catégories », **les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité et en difficulté d'accès au système de santé sont multifactorielles**. Elles sont d'ordre social, administratif, de santé, d'emploi (...) et nécessitent un accompagnement pluriel et coordonné. Si la plupart des publics sont déjà connus, tous les partenaires notent un état de santé plus dégradé avec un recours plus tardif aux soins et donc plus complexe.



Source : Analyse des contributions préalable aux groupes de travail

Les acteurs pointent des profils de publics plus présents ces derniers mois dans leurs rencontres.

En tête, de plus en plus de publics **avec des troubles psychiques de plus en plus importants.**

La situation sanitaire a accentué les problématiques de santé mentale des publics en situation de précarité, déjà ressentis en augmentation ces dernières années.

Les périodes de confinement et la crainte du virus COVID-19 ont accentué les situations d'isolement et ont dégradé le lien social. Le terrain est alors fertile à l'augmentation des troubles psychiques liées à des phénomènes d'angoisse, d'anxiété, d'agoraphobie...

Les acteurs accompagnent de plus en plus de personnes souffrant de pathologies psychiatriques non traitées et non stabilisées.

De nouveaux publics frappent aux portes des dispositifs d'aide **après une baisse ou une perte de revenus.** Lors des ateliers, cette situation est illustrée par un dispositif qui accueillait 3% de personnes sans ressources en 2019 et qui en a accueilli 11% en 2020. Les acteurs mettent en cause pour l'ensemble d'entre eux, l'impact de la pandémie, en précisant qu'ils sont amenés à rencontrer aujourd'hui :

- Des personnes trentenaires ayant précédemment une activité professionnelle
- Des salariés ayant des baisses de salaires
- Des personnes intérimaires, auto-entrepreneur et travailleurs indépendants (commerçant, artisans...), en emploi précaire ou non déclaré (issues d'un parcours migratoire ou non), des étudiants, des professionnels du monde agricole, qui ont perdu une partie de leurs ressources et viennent gonfler les rangs des dispositifs de prévention des expulsions et ou de demande d'aide sociale.

Nous pourrions penser que ces constats sont principalement faits par des structures du secteur « Social », il n'en est rien. Ces nouveaux publics sont évoqués par 3 répondants du secteur « social », mais également par 2 du sanitaire, 2 du médico-social, et une CPAM, preuve d'une détresse à la fois sociale mais également en termes de santé.

Les acteurs de terrain évoquent également **une part de plus en plus importante de jeunes**.

Les « jeunes » sont de plus en plus nombreux à solliciter les acteurs : cette remontée vient tant du secteur social, que sanitaire, que des CPAM ou encore que du médico-social. Sont notamment évoqués comme en augmentation :

- Les jeunes en situation de grande errance,
- Les jeunes « ex-MNA » sortant des dispositifs d'Aide Sociale à l'Enfance,
- Les jeunes « de plus en plus jeune »,
- Les jeunes en parcours migratoires,
- Les jeunes cumulant de multiples problématiques : santé, ressources, lien social.
- Les étudiants de plus en plus nombreux, notamment pour les distributions alimentaires.

La mise en place de dispositifs permettant un accompagnement renforcé et une mise en sécurité des adolescents, en proie à des comportements à risque notamment s'avère être une piste à creuser ultérieurement.

Les personnes âgées et/ou vieillissantes sont également repérées comme un public de plus en plus important. Ce sont ici les acteurs des secteurs sociaux et médico-sociaux qui font remonter ces tendances, plus particulièrement dans le Nord, la Somme et le Pas-de-Calais.

L'arrêt ou le fonctionnement dégradé des permanences institutionnelles en matière de démarches administratives, ainsi que les effets d'isolement et d'anxiété liés à la crise sanitaire sont les deux points principaux amenant les personnes à solliciter les structures. Par ailleurs, lorsque les acteurs parlent de personnes vieillissantes, ils évoquent également la présence de troubles cognitifs importants.

Certains Conseils Locaux en Santé Mentale ont notamment exprimé que l'isolement liés à la crise sanitaire a provoqué des pertes de mobilité chez des personnes déjà fragilisées, renforçant le risque de perte d'autonomie.

Plus généralement, la question de l'accès aux soins des personnes âgées et/ou vieillissantes est aussi liée à de faibles ressources financières ne permettant pas aux personnes de faire face aux dépassements d'honoraires des praticiens.

Les personnes en proie à des addictions sont aussi évoqués dans les termes suivants :

- Personnes présentant des comorbidités addictives,
- Personnes souffrant du syndrome de Korsakoff :

Sont également pointés, dans une moindre mesure, l'augmentation des publics suivants :

- Femmes à la rue,
- Personnes en proie à des actes de violences : les phénomènes de violences liés à une souffrance psychique sont en augmentation au sein des structures d'accueil social et

d'hébergement. Sur plusieurs territoires de la région, notamment le Pas-de-Calais et la MEL, les acteurs de l'hébergement tentent d'engager des démarches communes pour les aider à mieux accueillir ces personnes.

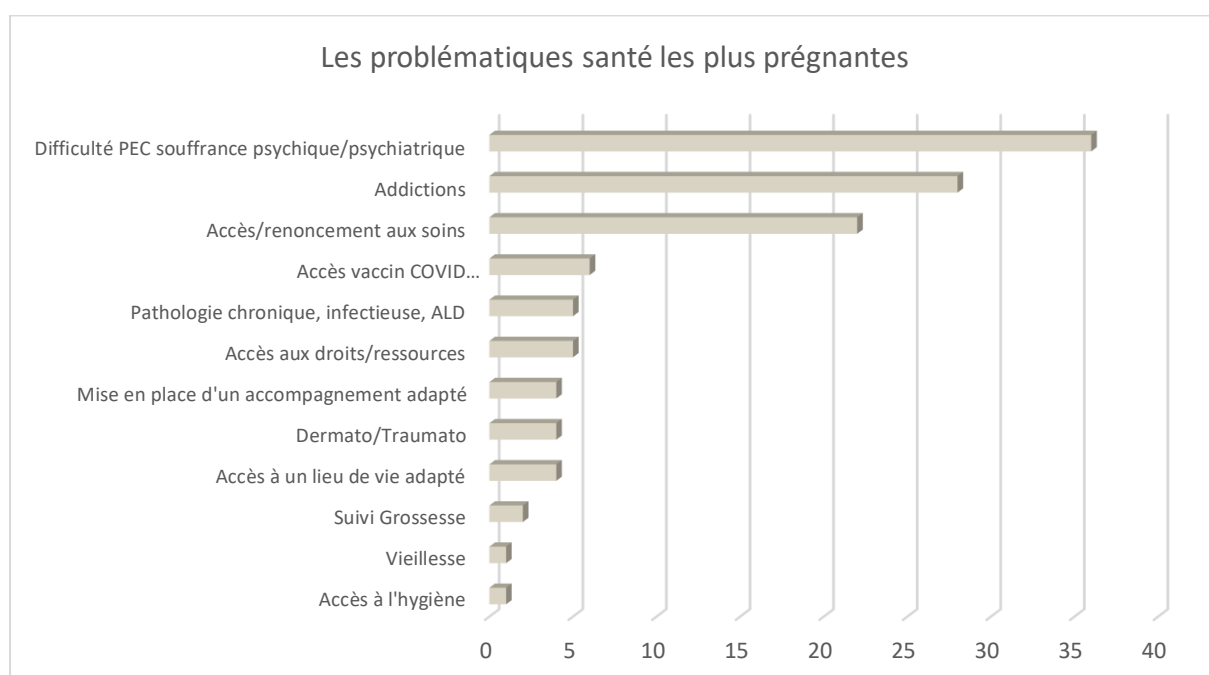
- Public LGBT et Chemsexeur,
- Résidant de zones rurales,
- Personnes en rupture de droit et ayant des difficultés à mettre à jour leurs droit du fait de l'importante dématérialisation de l'ensemble des démarches administratives. Sur ce point, la fracture numérique ressort largement.

Lors des temps d'échanges, les participants issus de l'**arrondissement de Lille**, ont également noté la présence dans les structures d'insertion sociale d'un **nombre important d'enfants en situation de handicap** nécessitant des prises en charges médico-sociales importantes. De la même manière, la prise en charge des personnes en situation de précarité et de **déficiences intellectuelles** a été relevée sur le Dunkerquois.

La question des **personnes sortant de prison** a également été abordée lors des ateliers : les questions de temporalité administrative et d'anticipation des fins d'incarcération impactent le retour à une vie civile classique et donc, l'accès aux droits et à la santé.

Enfin, si **les publics** en situation administrative précaire, **en situation d'exil**, ne sont pas un nouveau public en tant que tel, de nombreux acteurs ont pointé des fréquentations en hausse, notamment au niveau des PASS ou encore des lieux de distribution alimentaire.

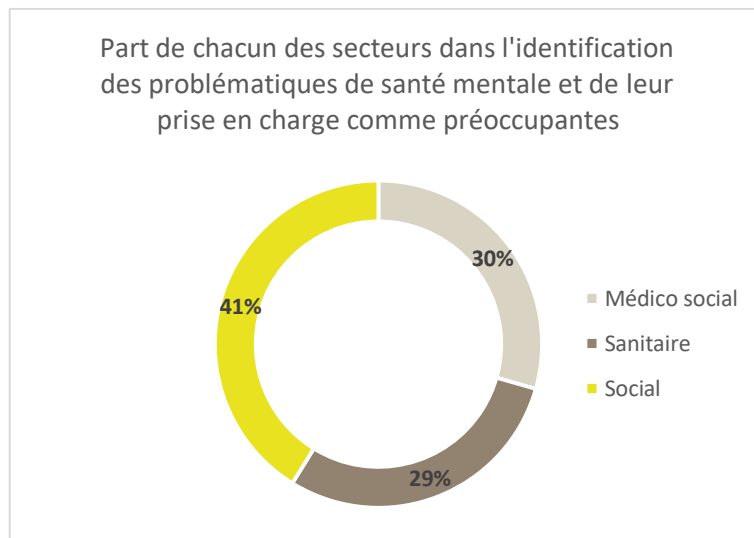
Les problématiques de santé les plus prégnantes



Source : Analyse des contributions préalables au groupes de travail

Parmi les problématiques de santé les plus prégnantes repérées par les acteurs de terrain la question de **la souffrance psychique** arrive en tête : elle est citée dans **83% des réponses** !

Elle est principalement abordée par la difficulté à trouver des solutions de prises en charge correspondant aux besoins des personnes. Ce constat émane de l'ensemble des secteurs. S'il semble être ressenti plus fortement par les structures sociales, il est loin d'être insignifiant pour les dispositifs médico-sociaux et sanitaires puisque 30 et 29% des répondants pointent respectivement le sujet.



Les différents aspects soulevés par les contributeurs sur ce sujet de la prise en charge de la santé mentale mettent en lumière :

- Les troubles, comme l'anxiété et la dépression (voire la dépression sévère pouvant entraîner un suicide) sont des termes récurrents. Mais les troubles psychiatriques sont également largement évoqués.
- Renforcement des phénomènes de souffrance psychiques dus à l'isolement et au caractère anxiogène de la crise sanitaire.
- Des états de stress post-traumatique complexes (indépendant du parcours de vie, migration ou pas).
- Des pathologies psychiatriques décompensées, non stabilisées, sans traitement, voire non diagnostiquées.
- Des personnes présentant un syndrome de Diogène.
- La tension dans les CMP de secteur et les délais d'obtention d'un RDV sont évoqués sur de nombreux territoires (3 à 4 mois pour le Douaisis par exemple).
- L'augmentation des tensions au sein des structures d'hébergement social au regard de la nature des troubles psychiques des personnes qu'elles accueillent et des situations de violences engendrées.

Les échanges en atelier ont également pointé que la question de la santé mentale, du mal être, des tentatives de suicide, des fragilités psychiques, semblait aussi grandissante, pour les jeunes accompagnés dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance, qu'accueillis dans les services de pédiatrie. Ces éléments trouvent un prolongement inquiétant dans le retour fait par les missions locales auprès des CPAM, pointant une augmentation des difficultés de santé mentale liée à la crise sanitaire chez les publics jeunes qu'ils accompagnent.

Durant la période de crise sanitaire, des **pratiques** visant à maintenir le lien, ou de soutien à distance ont été mises en place par les acteurs, en voici quelques-unes issues des contributions :

- Visite à domicile pour lutter contre l'isolement [CCAS – Hainaut Cambrésis]
- Démarche d'appels pour rompre la solitude pour les aînés [CCAS – MEL]
- Utilisation de la visio-conférence et des entretiens téléphoniques [CSAPA/CAARUD – MEL]
- Plateforme téléphonique de soutien psychologique [Oise]
- Mise en place d'une cellule de veille (d'appel tél) pour les personnes vulnérables (personnes âgées isolées, personnes en situation de handicap) [CCAS - MEL]

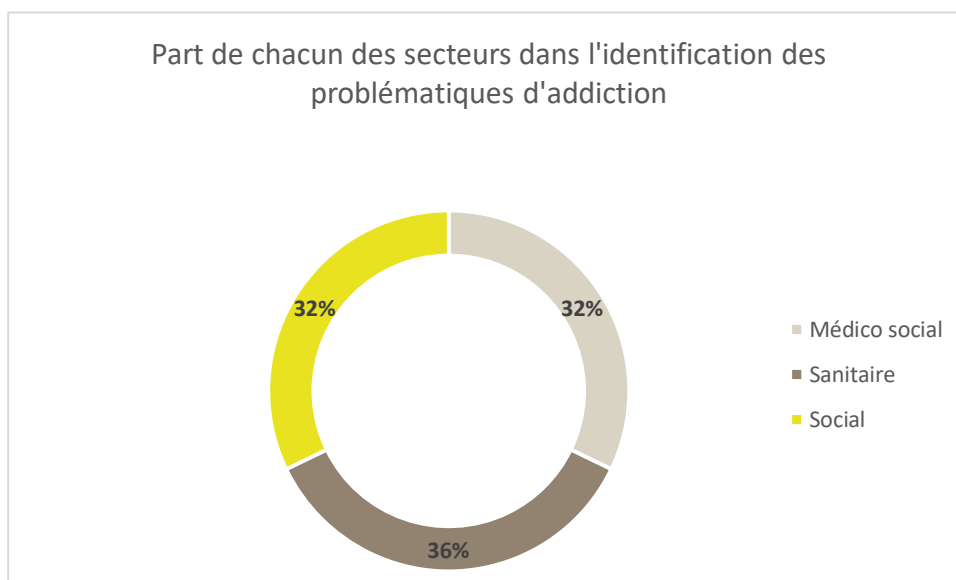
Plus de 70% des contributions évoquant la question de la **santé mentale** évoquent également, et de manière concomitante, la question des **addictions** ; ce phénomène est commun à l'ensemble des secteurs.

La question des **addictions** suit de près celle de la santé mentale dans la préoccupation des professionnels. Elle déterminait précédemment le « profil » des personnes, et elle est ici largement citée comme l'une des problématiques récurrentes les plus prégnantes. Il est aussi précisé que la situation pandémique a plutôt eu tendance à accentuer les phénomènes d'addictions.

Plus précisément, sont largement cités :

- Les consommations d'alcool
- La toxicomanie, la consommation de substances psychoactives

Comme pour les problématiques de santé mentale, mais de manière encore plus équilibrée, les 3 secteurs concernés sont unanimes sur l'identification des questions d'addictions comme prégnantes.



Les **problématiques d'accès et de renoncement aux soins** sont également prégnantes, présentes dans 45% des contributions. Elles pointent majoritairement des facteurs favorisant à minima un recours tardif au soin, voir un renoncement à ces soins lié à des problématiques d'accès aux dispositifs de santé et aux professionnels, et non à l'appréhension des problématiques de santé par les personnes elles-mêmes. Les groupes de travail ont confirmé

ces éléments pointant l'impact des difficultés ou lourdeurs administratives ou des temporalités liées à la mise en œuvre des partenariats, comme des sources de renoncement aux soins.

La CPAM, en s'appuyant sur son volet « renoncement aux soins » pointe des publics majoritairement âgés, de plus de 60 ans et les personnes sans emploi suite à un arrêt maladie long ou à la perte d'un emploi en lien avec la COVID-19. Les jeunes sont peu recensés car difficilement captables. Les phénomènes de renoncements concernent pour 33% des actes chez les spécialistes.

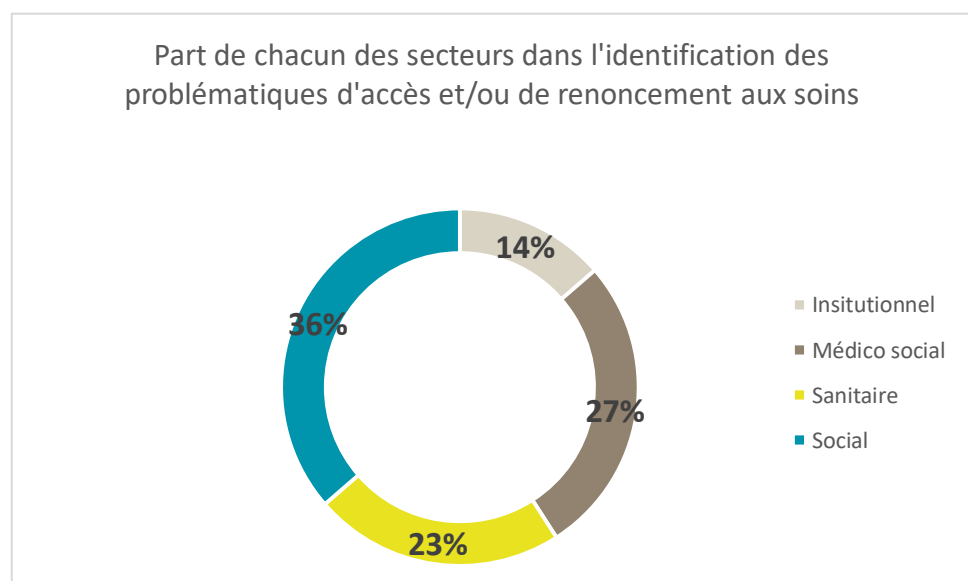
Plusieurs phénomènes sont évoqués :

- Le manque de lieux de soins accessibles aux publics en situation de précarité et l'inadéquation des pratiques professionnelles aux profils de ces publics accroissent leur éloignement des préoccupations de santé.
- Le phénomène de « désert médical » : le déficit de professionnels de santé sur certains secteurs géographiques est pointé non seulement pour des spécialistes (gynécologue), mais également concernant les médecins généralistes. La pénurie de professionnels de santé sur ces zones implique également de leur part un refus d'accepter de nouvelles personnes dans leur patientèle (généralistes comme spécialistes) ou des délais d'accès aux soins extrêmement longs.

1/3 des contributions pointant les problématiques d'accès et de renoncement aux soins aborde la difficulté à trouver un médecin traitant.

- Un manque de possibilités en matière de cure et de post-cure sur le volet addiction.
- Des renoncements aux soins dentaires et optiques en augmentation.
- Le déficit d'accès aux messages de prévention.
- Le coût des dépassements d'honoraires chez les spécialistes.
- Le manque de confiance en soi.
- Le manque de connaissance des dispositifs.

L'ensemble des secteurs pointent cette problématique dans des proportions cohérentes avec l'importance de leur représentation dans la masse des contributions réceptionnées. Seul le secteur



sanitaire présente un taux d'identification des problématiques d'accès ou de renoncement au

soins moins important au regard de sa prévalence dans le nombre de contributions réceptionnées. On peut légitimement faire l'hypothèse qu'une des difficultés d'accès aux soins interviennent avant la prise en charge que le secteur sanitaire propose aux patients. Néanmoins, si même le secteur sanitaire pointe ces difficultés d'accès aux soins et de renoncement, cela montre que la seule existence des dispositifs de soins ne suffit pas à enrayer la problématique.

Zoom sur les phénomènes en lien avec la crise sanitaire :

Ils sont cités dans près de 15% des contributions, qui relatent :

- Des problématiques d'accès au vaccin contre la COVID-19
- Des problématiques d'accès aux équipements de protection individuelle (masques, savon, gel hydroalcoolique).
- Des hospitalisations reportées
- Le manque de présence et de disponibilité des professionnels de santé pris par les urgences, notamment liées à la crise sanitaire

Plusieurs autres problématiques de santé sont citées dans environ 10% des contributions :

Des problématiques médicales et sanitaire :

- Pathologies chroniques, infectieuses, et affections longue durée : cités par les secteurs social, médico-social et sanitaire, les pathologies chroniques les plus préoccupantes sont : le diabète, les cancers, les maladies infectieuses (VIH, tuberculose), les pathologies cardiaques. Les acteurs évoquent des difficultés de prises en charge pour les publics en situation de précarité, d'accès au dépistage, et de mise en place de parcours de soin.
- Problématiques dermatologiques, et de traumatologie

Des problématiques liées à des dynamiques d'accompagnement ou d'hébergement/logement :

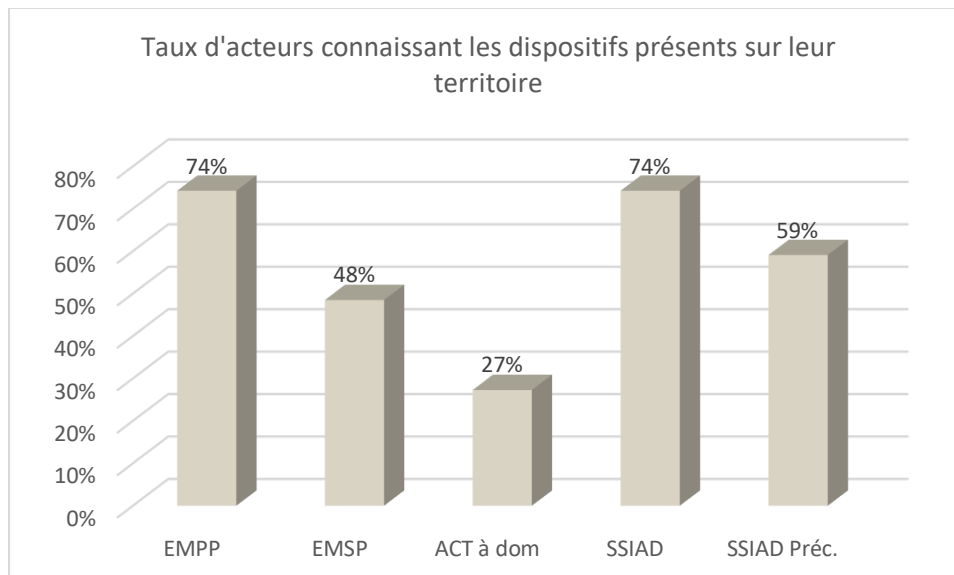
- Les difficultés à mettre en place un accompagnement adapté : cité par le secteur social et médico-social, la nécessité de mettre en place un accompagnement pluridisciplinaire, mêlant social, médico-social et santé apparait comme une nécessité pour pouvoir accompagner au mieux les publics cumulant les difficultés. La mise en place de tels parcours apparait ici comme l'une des 4 problématiques principales en lien avec les questions de santé, repéré par les acteurs.
- L'accès à un lieu de vie adapté : cité principalement par le secteur médico-social, la question du lieu de vie semble primordiale pour permettre de stabiliser les démarches d'accès à la santé. L'accès à un lieu de vie (hébergement ou logement) adapté aux problématiques de la personne apparait comme un préalable incontournable et une clé de réussite des démarches de soins qui pourront être engagées. A contrario, son absence remettra en cause l'accès aux soins et favorisera le renoncement. Les professionnels du médico-social pointent le manque de place d'hébergement adapté pour usagers actifs de drogues en situation précaire, **l'accès aux droits et aux ressources** : cité par l'ensemble des secteurs cette question est évoquée à travers les

aspects administratifs de l'ouverture ou du renouvellement des droits en matière de santé, mais également de ressources.

Cités par quelques acteurs, d'autres phénomènes sont identifiés comme des problématiques « santé » prégnantes : **la vieillesse, l'accès à l'hygiène, le suivi des grossesses**. Sur ce dernier point, lors des ateliers, les participants ont pointé notamment un recours tardif au système de santé, des femmes enceintes qui n'ont pas été, ou très peu préparées à leur grossesse. La question de la **sortie de maternité des femmes vivant à la rue**, en habitat précaire ou hébergé chez des tiers est également un sujet complexe, qui semble principalement présent sur les arrondissements les plus urbanisés.

C - Quelle connaissance des dispositifs d'aller-vers sur les territoires ?

[NOTE METHODO] - Pour prendre en compte l'approche territoriale dans le rendu-compte des contributions collectées, les réponses des structures ayant une action sur plusieurs territoires ont été comptabilisées pour chacun des territoires d'intervention.



Source : Analyse des contributions préalables au groupes de travail

Les dispositifs d'allers-vers en santé pour les publics en situation de précarité les mieux connus par les acteurs locaux sur les territoires sont les Equipes mobiles psychiatrie précarité et les Services de Soins Infirmiers à Domicile. 74% des contributions affirme connaître ces dispositifs sur leurs territoires.

Près de 60% des acteurs connaissent l'existence des SSIAD Précarité sur leur territoire, lorsque moins de la moitié des acteurs connaissent les Equipes mobiles santé/précarité et moins de 30% les Appartements de coordination thérapeutique à domicile.

EMPP	EMSP	ACT à dom	SSIAD	SSIAD Préc.
------	------	-----------	-------	-------------

Aisne	100%	50%	25%	75%	50%
Nord – Flandres	69%	38%	23%	62%	62%
Nord – Hainaut-Cambrésis	71%	29%	14%	86%	14%
Nord – MEL	71%	62%	33%	81%	67%
Oise	67%	67%	33%	33%	67%
Pas-de-Calais Intérieur	63%	75%	25%	75%	63%
Pas-de-Calais Littoral	100%	25%	50%	75%	75%
Somme	83%	17%	17%	83%	67%
Taux régional	74%	48%	27%	74%	59%

Source : Analyse des contributions préalable aux groupes de travail

Seules les EMPP qui sont parfaitement connues des acteurs de territoire, et ce, seulement sur deux territoires : l’Aisne et le Pas-de-Calais Littoral.

Les EMPP et les SSIAD sont les dispositifs les plus connus auprès des acteurs locaux. Si l’on fait le lien avec les problématiques de santé repérées plus haut, les EMPP répondent bien à des problématiques de santé mentale, et les SSIAD à des problématiques d’accès aux soins ou de maintien du parcours de soin.

En réponse à la problématique des addictions, qui tenait la seconde position : il nous faudra explorer les dispositifs « addiction » maquetés en mode « aller-vers ».

Le sujet est vraisemblablement à approfondir, mais nous pouvons formuler l’hypothèse que lorsqu’ils existent sur les territoires, les dispositifs d’aller-vers repérés ici sont probablement insuffisamment connus des acteurs locaux.

La question du maillage territorial apparaît comme un sujet à approfondir au regard des listings de dispositifs transmis par les partenaires institutionnels (en annexes au document). Plusieurs éléments peuvent être questionnés :

- L’absence d’EMPP sur certains territoires, plus particulièrement ceux de la Somme et de l’Oise.
- L’absence de PASS psy dans le Pas-de-Calais.
- L’absence de SSIAD Précarité sur Arras et d’autres arrondissements importants de la région.

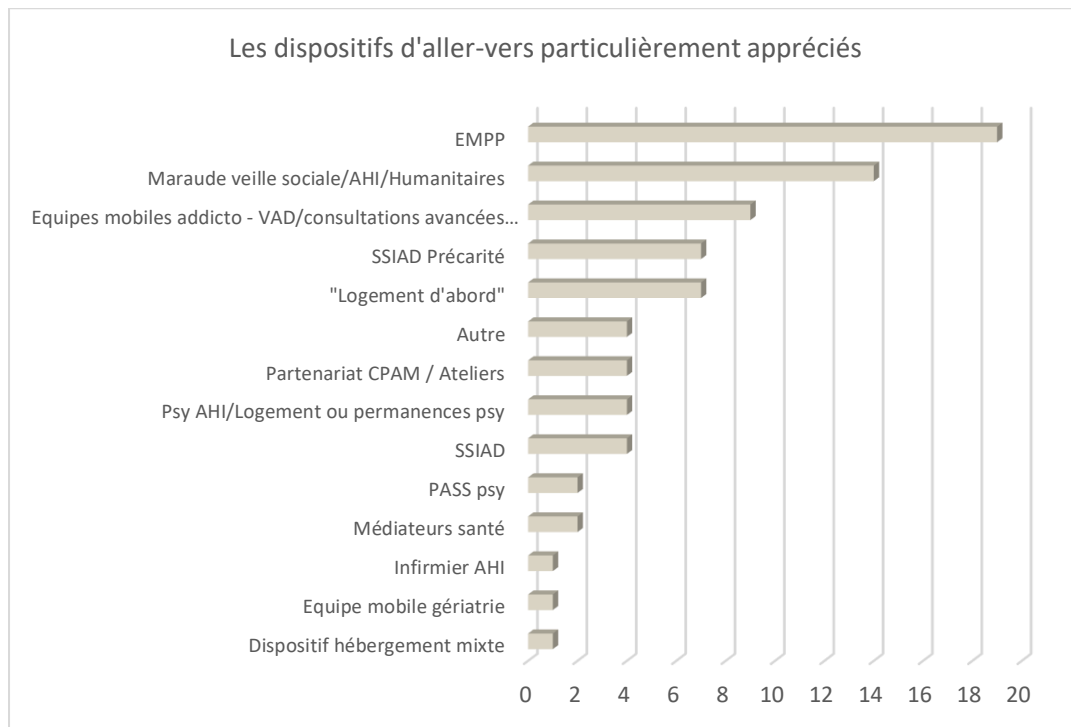
Les dispositifs présents répondent-ils déjà aux besoins ? Une étude des besoins a-t-elle permis de mettre en évidence la nécessité de développer ces services sur les territoires ? Qu’en pensent les acteurs locaux ?

D - Des démarches « d’aller-vers » particulièrement appréciées

[POINT D’ATTENTION] Pour être « particulièrement appréciées », faut-il encore que les démarches d’aller-vers existent sur les territoires et soient connues, et ait été utilisées. Les données partagées ci-dessous sont donc à prendre avec beaucoup de précaution puisque n’étant pas pondérées par le taux d’équipement existant sur les territoires. En effet, une

expérience positive qui n'existe qu'à un seul endroit peut n'avoir qu'une seule occurrence et pour autant être extrêmement pertinente.

L'histogramme présenté s'appuyant sur le nombre de contributions citant les démarches d'allers-vers particulièrement appréciés n'a pour seule vocation que d'enclencher le débat lors des rencontres ACTE I et ACTE II des groupes de travail Santé et Hébergement/Logement de la stratégie pauvreté.



Source : Analyse des contributions préalable aux groupes de travail

Les points communs à l'ensemble des dispositifs d'allers-vers qui font leur plus-value

Si le contexte sanitaire rend plus difficile la mise en œuvre, l'intérêt repéré par les acteurs concernant les démarches d'allers-vers concerne globalement l'ensemble de ces démarches. Ce sont surtout les principes d'actions qui séduisent et répondent aux besoins. La « spécialité » de chaque dispositif répondant ensuite à une problématique de santé spécifique.

Les dispositifs d'allers-vers, selon les contributions :

- Permettent de rompre l'isolement, de créer un lien avec un public peu ou pas en demande mais ayant pour autant des besoins importants.

- Le fait d'aller sur le lieu de vie des personnes permet à celles qui s'interrogent d'entamer des démarches, d'avoir un premier contact physique qui favorise l'accroche « santé » et l'enclenchement de démarches de santé/soins.
- Permettent aux professionnels de la santé de mieux prendre en compte les conditions de vie de la personne pour l'accompagner dans sa démarche d'une manière adaptée.
- Permettent de faire le lien avec le droit commun
- La coordination entre ces différentes équipes permet d'offrir des réponses diverses sur le territoire.
- La coopération de ces différentes équipes sur un territoire permet d'optimiser les réponses : des maraudes conjointes EMPP/SSIAD Précarité/Samu social par exemple.

Quelques particularités pointées en fonction du type de dispositif repéré :

Les équipes mobiles psychiatrie précarité :

- Apportent leur expertise au secteur social sur les questions de souffrance psychique, de psychiatrie
- Permettent de faire le lien avec le secteur de la psychiatrie
- Permettent de dépister
- Sont également appréciées pour :
 - o Leur disponibilité
 - o Leur « bonne-volonté »
 - o Leur position d'ouverture dans l'échange tant avec les personnes qu'avec les équipes sociales.

Les maraudes sociales (veille sociale, humanitaires) et les démarches « logement d'abord » :

- Permettent de trouver des solutions d'hébergement et/ou de logement pour stabiliser la situation de la personne (dès lors qu'il existe suffisamment de places sur le territoire). Le cadre de vie étant alors stabilisé, les démarches de santé en seront facilitées.
- Permettent de conseiller, d'orienter, d'accompagner la personne vers une acceptation des démarches de santé.
- Apportent une bonne connaissance des populations en situation d'exclusion et de leurs besoins spécifiques.
- Les maraudes sociales accueillant un professionnel de santé (infirmier notamment) permettent de faire le lien entre les personnes à la rue et les centres de santé/hôpitaux, en assurant une fonction d'interface entre le champ médico-social/social et les hôpitaux. Cela permet également d'éviter les ruptures de soins par l'accompagnement physique aux consultations médicales.

Les démarches d'allers-vers en matière d'addictologie : équipes mobiles addicto, visite à domicile de CAARUD, consultation avancée des CSAPA en structures d'hébergement social...

- Permettent également de soutenir les équipes sociales dans leur approche des addictions avec les personnes qu'elles accompagnent

Les SSIAD et SSIAD Précarité :

Les acteurs font remonter que certains SSIAD ne sont pas accessibles aux personnes hébergées dans les structures sociales. Cependant, lorsque le SSIAD local intervient en structures d'hébergement ou qu'un SSIAD Précarité existe :

- Ils permettent d'aider aux démarches de dépistage,
- De venir en aide aux équipes sociales pour les soins d'hygiène et la prise de médicaments

Le partenariat avec les CPAM sur l'accès aux droits :

- Permet d'accompagner les professionnels du social, les bénévoles ou salariés des structures associatives dans la « mise à jour » de leurs connaissances concernant l'accès aux droits et aux soins.
- Permet d'organiser des ateliers collectifs dans les structures
- Accompagne les professionnels dans des situations complexes : déblocage de droits, difficulté de mobilité, avance de frais...
- Permet aux personnes de bénéficier des missions d'accompagnement en santé « MAS ».

La présence de professionnels de santé au sein des structures sociales : psychologue, infirmier.

- Tout comme au sein des maraudes sociales, la présence d'un infirmier, ou d'un psychologue, chacun sur ses spécificités, devient le trait-d'union entre la personne, les professionnels de l'accompagnement social et de la santé, et facilite l'accès aux soins et le suivi des démarches engagées, permettant ainsi d'éviter les ruptures d'un parcours de soins.
- Permet aux personnes d'être accompagnées physiquement si nécessaire à un RDV médical.
- Permet une prise en charge plus rapide sur le lieu de vie. C'est particulièrement vrai s'agissant du psychologue. Malgré les besoins prégnants du public, les délais pour obtenir un RDV dans le secteur de la santé mentale versus droit commun sont de plusieurs mois !
- Permet de travailler avec la personne l'orientation vers le droit commun.

La PASS Psy a été identifiée par 2 acteurs. Si elle n'est pas à proprement parler un dispositif « d'allers-vers », tout comme la PASS, les professionnels l'ont malgré tout évoqué en identifiant tout l'intérêt de délai de réponses assez courts. Néanmoins, l'orientation vers un CMP après

consultation de la PASS Psy repousse largement la démarche de soins au regard des délais de prise en charge des CMP.

D'autres dispositifs sont évoqués pour leur plus-value :

- Les médiateurs santé
- Une équipe mobile gériatrie
- Des dispositifs d'hébergement mixte co-porté par une structure sociale et une structure « addicto » ou « psy » :
 - o Permet d'accueillir des personnes sans hébergement et usagers de drogues actifs qui pourront alors être accompagnées individuellement, à la fois socialement et sur le volet des addictions, avec un « très bas seuil » d'exigence.
- Des dispositifs orientés « enfance » : des consultations « BUS PMI » dans certains quartiers et des permanences « Pédiatres du Monde » et Ordre de Malte dans certains bidonvilles.

Les centres de santé participatif sont apparus comme « la grande inconnue » de la démarche de travail « L'aller-vers : comment donner corps aux démarches sur notre territoire ». Question soulevée notamment par les personnes concernées, à ce jour, aucun des partenaires ne semble connaître les contours ou le cadrage de ce que pourraient être les centres de santé participatifs évoqués dans les propositions du Ségur de la Santé. Les participants à la démarche de travail s'interrogent : Qu'en est-il ? Qu'en sera-t-il dans les Hauts-de-France ?

E - Les orientations proposées au regard des propositions issues des contributions.

[POINT METHODO]

Les propositions sont ordonnées selon les axes forts de travail qui sont ressortis tout au long du cycle de travail

- 1 – Permettre aux personnes de disposer d'un « lieux de vie » sécurisant*
- 2 – Renforcer les dispositifs de « droit commun »*
- 3 – Déployer ou renforcer des dispositifs « passerelles » :*
- 4 – Créer les conditions d'un accompagnement mixte : santé/social*
- 5 – Permettre aux acteurs de terrain d'agir en amont*
- 6 – Développer ou renforcer les lieux de concertation, d'échanges et de coordination.*

Chaque axe de travail contient des propositions, toutes déclinées de la manière suivante :

- Titre de la proposition*
- Fondement de la proposition.*
- Expériences inspirantes*

Ces propositions sont le fruit de l'ensemble de la démarche de travail, incluant donc à la fois les contributions préalables (issues des travaux des professionnels et des groupes de personnes concernées), mises en débat lors de l'ACTE I et de l'ACTE II.

Les contributeurs insistent unanimement sur deux points communs à l'ensemble des axes de travail et des propositions formulées.

- Il faut **favoriser le retour vers le droit commun**. Les acteurs ayant contribué l'ont en très grande majorité pointé. Si des dispositifs d'allers-vers sont essentiels pour engager les démarches, s'adapter aux lieux de vie des personnes (...), elles doivent permettre petit à petit aux personnes de réinterpeller les dispositifs de droit commun.
- Il faut **permettre et faciliter les co-financements pour rendre possibles des initiatives communes** entre plusieurs secteurs.

*Les personnes accompagnées quant à elles pointent globalement une autre préoccupation : lors d'une rencontre sur les questions éthiques du travail social, elles évoquent avoir pris conscience de **la souffrance des agents sociaux, médico-sociaux et médicaux**. Si cette souffrance est différente de celle des personnes concernées, ces dernières évoque son influence sur les accompagnements. Les questions de la perte de sens, du découragement, de l'incompréhension des dispositifs par exemple... mais aussi du bienfait de participer à des actions collaboratives, qui installent une relation plus saine avec les personnes concernées sont des aspects en prendre en considération.*

1 – Permettre aux personnes de disposer d'un « lieux de vie » sécurisant

A. Renforcer et développer le dispositif d'hébergement social. Un nombre de places d'hébergement suffisant sur chaque territoire doit pouvoir permettre de répondre à la demande.

- Utiliser les bâtiments inoccupés pour les affecter à des fonctions d'accueil et d'hébergement.

Fondement de la proposition

- *Certains participants aux groupes de travail de l'ACTE I et ACTE II évoquent des bâtiments inoccupés, un centre socio culturel à l'abandon... tandis que le nombre de sans-abris ne cesse de croître.*
- Renforcer les moyens et les coopérations pourrait également permettre de développer des places d'hébergement pour personnes consommatrices de produits psychoactifs.

Fondement de la proposition

- *Déficit de places d'hébergement et/ou de logement pour répondre à l'ensemble des demandes sur tous les territoires.*
- *Déficit de places d'hébergement pour personnes consommant des produits psycho-actifs.*

« Expérience inspirante » :

- *Ouverture des accueils d'urgence sur des places horaires plus larges [Nord-Flandres – Structures Hébergement]*

B. Etayer l'accompagnement des dispositifs d'accompagnement répondant à la philosophie du « logement d'abord »

Il faut entendre « logement d'abord » comme un principe et non comme un dispositif. Etayer les dispositifs qui sont en capacité d'accompagner les personnes dans la philosophie de la démarche du « logement d'abord » doit s'entendre à tous les niveaux :

- Dès le diagnostic
- Lors de la recherche d'un logement digne et à loyer adapté
- Dans la typologie et l'intensité de l'accompagnement pluridisciplinaire à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la personne.

Fondement de la proposition

- *Les mesures d'accompagnement financées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie du logement d'abord ne permettent pas de mettre en œuvre un accompagnement renforcé et pluridisciplinaire, alors même qu'elles vont vers les publics, puisqu'elles les accompagnent à domicile.*
- *Les financements de l'accompagnement ne sont pas stables*
- *Les acteurs sont insécurisés d'une année sur l'autre, sans savoir qu'elle sera leurs possibilités réelles d'accompagnement.*
- *Les personnes qui n'ont pas de logement, et ne sont pas accompagnées par une structure d'hébergement, acceptent des solutions de logement insécurisée, faute de mieux : marchands de sommeil, logements insalubres... Elles acceptent des solutions indignes faute de mieux. Il est important qu'elles puissent être accompagnées dans leur recherche d'un logement digne et dont le coût de loyer est adapté à leurs ressources.*

C. Transformer l'expérimentation « Un chez soi d'abord » en un appel à projet permanent sans critères de composition familiale et sur tous les départements dès lors que les réponses répondent à des besoins au regard des diagnostics territoriaux.

Fondement de la proposition :

- *Si certains jeunes vont avoir leur chance sur le seul territoire de la MEL, n'y a-t-il pas dans la région d'autres jeunes, couples, hommes ou femmes seules, chefs de familles...*

pour qui un accès au logement avec un accompagnement renforcé à domicile conjoint avec la psychiatrie leur permettrait d'accéder à un logement et de s'y maintenir ?

- *La mise en œuvre de la stratégie du logement d'abord vise à favoriser l'accès au logement le plus tôt possible. Les expériences « un chez soi d'abord », dédiées à des publics isolés et en situation de souffrance psychique, ont montré que l'accès à un logement sans condition autre que celles qu'impose le droit français en la matière sont efficaces. Les phases d'évaluation de ces expérimentations ont démontré qu'un investissement fort permettait globalement de neutraliser de nombreux coûts dans la suite du parcours des personnes. 2 et 4 ans après le démarrage du dispositif, 85% des personnes sont toujours dans le logement. Le coût annuel pour une personne est estimé à 14 000 euros. A terme, en considérant l'ensemble des coûts évités (services médicaux, judiciaires, hébergement), l'économie est de 27 %.*

D. Développer, voire créer, des lieux de vie ou des dispositifs d'accompagnement adaptés, aux personnes atteintes du syndrome de Korsakoff.

Fondement de la proposition :

- *Une fois que la phase aigüe est passée, les difficultés sont à la sortie hospitalière (Soins de suite et de Réadaptation), surtout pour les plus jeunes (- de 60 ans, 45 / 50 ans), malgré la possibilité de demander des dérogations pour EHPAD. Il n'existe pas ou très peu de structures adaptées et disponibles pour ces situations.*
- *Augmentation du nombre de patients hospitalisés depuis novembre 2020, de plus en plus jeunes. Les professionnels ont de grandes difficultés à les accompagner et à les orienter vers des solutions adaptées.*

E. Développer les dispositifs d'accompagnement et de résorption des situations d'indécence et d'insalubrité dans le logement.

- **Outiller les professionnels de l'accompagnement social sur l'accompagnement juridique des personnes en situation d'indécence ou d'insalubrité, et permettre aux personnes concernées d'avoir accès à l'information.**

Fondement de la proposition

- *Sur la question de l'insalubrité, de l'insécurité dans le logement (plomb, amiante), les personnes ne sont pas toujours en capacité d'activer leurs droits, de défendre leurs droits sur ces questions de salubrité (crainte des démarches juridiques ou parfois incompréhension).*

➤ Déploiement ou renforcement d'acteurs ou dispositifs luttant contre l'incurie.

Au-delà de la réalisation de l'intervention pour laquelle il n'est pas toujours facile, selon les territoires, de trouver un prestataire, c'est aussi la question d'un accompagnement psychosocial qui est nécessaire. Les travailleurs sociaux pourraient travailler en relation avec un professionnel de santé qui se focaliserait sur l'accompagnement spécifique de la problématique.

Fondement de la proposition

- *Déficit d'acteur en capacité d'intervenir sur les problématiques d'accumulation dans le logement (syndrome de Diogène).*
- *Interpellation régulière des CLSM sur les questions d'incurie ou d'encombrement dans les logements.*
- *Souvent ce sont des personnes âgées qui seront difficiles à orienter vers le parc de l'hébergement social ou qui seront trop jeunes pour être accueillies en maison de retraite.*

F. Développer des lieux communautaires à bas seuil d'exigence

Fondement de la proposition

- *Les publics les plus marginaux ont besoin pour certains de retrouver une vie en collectivité, dans les lieux à taille humaine, avec un accès à la santé qui puisse se faire sur place pour engager les démarches.*
- *Certaines personnes, bien qu'ayant été accueillies dans de nombreux établissements, ne bénéficient pas d'une solution adaptée à leurs problématiques : le plus souvent des questions de comportement engendrées par des consommations importantes et/ou des difficultés d'ordre psychiques voire psychiatriques.*

G. Renforcer les dispositifs d'accompagnement à l'adaptation et à l'appropriation du logement.

Le maintien dans le logement peut être mis en péril par des épisodes de vie complexe. Il est alors important que les personnes puissent s'appuyer sur des professionnels qui pourront les accompagner à réadapter leur lieu de vie ou à en trouver un plus adéquat, pour qu'elles puissent se maintenir dans le logement.

"Expérience inspirante"

- *Dispositif OCTAVE (Habitat partagé) qui a permis l'accès à un logement adapté avec la veille d'une professionnelle qui s'assure à intervalle régulier auprès des locataires que tout va bien.*

2 – Renforcer les dispositifs de « droit commun »

A. Renforcer les dispositifs de lutte contre la fracture numérique pour favoriser l'accès aux droits.

- Développer ou conforter les lieux d'accès à un outillage et à une connexion numérique accessible gratuitement, et proposant un accompagnement de premier niveau sur la navigation et la lecture des documents.
- Favoriser et accompagner l'appropriation du dossier médical partagé numérique (et plus largement de l'archivage numérique des documents administratif)

Fondement de la proposition :

- *Les difficultés d'accès à Internet pour les personnes à la rue et/ou en situation de grande précarité sont réelles, tant en matière d'équipement que de connexion. Les personnes contournent en allant dans les accueils de jours où elles trouvent non seulement la connexion et l'ordinateur, mais aussi une aide pour les démarches (CAF, pôle emploi, CPAM...)*
- *La perte des documents est ainsi un éternel recommencement qui peut être décourageant pour les personnes à s'engager ou à continuer leurs démarches.*

B. Lutter efficacement contre la désertification médicale et le manque de professionnels de santé. Sont principalement concernés ici les médecins généralistes, les psychologues et psychiatres, les gynécologues.

C. Favoriser l'accès aux médecins généralistes/traitants.

- Développer les maisons d'exercice coordonnées, les maisons de santé.
- (Re)Développer les visites à domicile des médecins généralistes.

Fondement de la proposition :

- *Les CPAM et les associations, évoquent des difficultés d'accès aux médecins traitants : des patientèles pleines ne permettant plus d'accueillir de nouveaux patients, difficultés de prise de RDV liées à la fracture numérique, réduction voire absence de créneaux de consultation libre...*
- *Pratique historique de la médecine de ville, la visite à domicile devient une exception et fait pourtant besoin.*

D. Développer l'accès aux Examens de Prévention en Santé (ex-bilans de santé). Durant la période de crise sanitaire, ces démarches ont été suspendues sur certains territoires, il est urgent de pouvoir les réenclencher et de les développer, notamment dans les zones rurales.

« Expérience inspirante » :

- *La CPAM indique qu'ils orientent les assurés vers les Centre d'Examens de santé où des Examens de Prévention en Santé (anciennement appelés « bilans de santé ») sont réalisés sans contrepartie financière, ce qui permet de renouer avec un parcours de santé, de soins et d'orientations, plus qu'essentiel notamment lors de la crise sanitaire.*

E. Augmenter les capacités d'accompagnement des SSIAD.

Fondement de la proposition :

- *La longueur des listes d'attente et le délai de prise en charge.*

F. Améliorer l'accessibilité des services en matière d'ouverture et de suivi des droits, en complément des actions de lutte contre la fracture numérique.

- o En réouvrant, notamment dans les CPAM et les CARSAT des espaces d'accueil physique.
- o En favorisant le conventionnement entre les CPAM et les structures sociales pour traiter les dossiers complexes, former les équipes sociales...
- o En pérennisant les équipes mobiles CAF/CPAM.
- o En faisant en sorte que le changement de statut lié à l'état de santé (« valide »/ « invalide »/ « handicapé ») ne retarde pas la gestion administrative de l'ouverture des droits.
- o En améliorant la qualité de l'accueil des personnes en situation de précarité dans les organismes ayant des guichets de premier accueil
- o En accélérant le déploiement des Maisons France Service, et en communiquant largement sur leur déploiement pour rendre l'information accessible.

Fondement de la proposition :

- *L'importance du télétravail et la fermeture des permanences ne permet plus d'avoir de RDV en présentiel. Les services restés ouverts pour l'accueil du public, ont quant à eux été davantage sollicités durant la période de crise sanitaire (Accueil de jour, assistante sociale des hôpitaux...)*
- *La dématérialisation des démarches se heurte à un public en proie à la fracture numérique. La question de la fracture numérique est un réel souci, qui est également source de tension (incompréhension, peur d'un dossier mal fait...)*
- *Le déblocage des situations complexes sans interlocuteurs dédiés est plus long et peut être un facteur de renoncement aux soins.*

- *Le maillage territorial éprouvé par les adaptations d'accueil des institutions notamment en lien avec la crise sanitaire (CPAM / CARSAT qui n'accueillent plus physiquement dans le cadre de permanences ou peu, relais vers un numéro de type plateforme tel pour la CARSAT).*
- *Le changement de statut de « valide » à « invalide » ou « handicapé », fait entrer dans plus de précarité, en raison du retard de gestion des dossiers...*
- *Si le déploiement des maisons France service semble intéressant, aucune information sur les territoires ou très peu.*

« Expériences inspirantes » :

- *Conventionnement structures/CPAM : Les structures conventionnées avec la CPAM de Lille Douai peuvent bénéficier de la mise à disposition de transports de groupe (sur la budget « Action sanitaire et sociale » pour amener leur public vers les Centres d'Examens de Santé. Les Centres d'examens sont aussi relai vers la MAS (Mission d'accompagnement en Santé) en cas de difficulté ou de renoncement aux droits et aux soins décelé [CPAM – Lille/Douai]*
- *Equipes mobiles CAF/CPAM pour faciliter l'ouverture des droits : Action nationale pluridisciplinaire d'accès aux droits et aux soins organisée en juin 2020 sur l'ensemble des territoires des Hauts de France. L'action prévoyait l'intervention simultanée d'un conseiller Mission accompagnement en santé (MAS) pour la CPAM, d'un collaborateur CAF qualifié sur les questions d'accès aux droits et de travailleurs sociaux issus de structures associatives compétentes dans le domaine de la grande exclusion.*
- *Accompagnement à des bilans de santé et sessions d'information : partenariat CPAM [Structure d'hébergement - SOMME]*

G. Lutter contre le « refus de soins »

- **En améliorant l'accès des personnes concernées et des professionnels de l'accompagnement social aux recours et démarches existantes.**
- **En engageant des travaux avec les URPS et conseils de l'ordre pour mieux comprendre le phénomène et les leviers possibles.**

Fondement de la proposition :

- *Refus de soins de certaines maisons de santé des bénéficiaires de la CSS*
- *Au sein des GREPA, les personnes ont fait état dans leur entourage, que ce soit des voisins ou des personnes rencontrées au sein d'associations, qui ont été confronté à des refus de soins. Ils pointent un manque d'équité entre les riches et les pauvres au niveau*

des droits de santé. Des personnes bénéficiant de la CMU subissent encore des refus de soins.

- Les personnes concernées disent : “On a besoin d’être soutenues par des spécialistes qui nous accompagnent jusqu’au bout.

On nous dit qu’on peut porter plainte, quand des médecins et des spécialistes nous refusent, parce qu’on est à la CMU-CSS, ou en tutelle, quand on est dans un logement « de marchands de sommeil », logement insalubres, etc...

Embourbés dans les problèmes on n’a pas la force de le faire. Alors on se tait et on laisse faire.”

« Expérience inspirante »

- Au sein de la CPAM, il existe un médiateur dont le rôle est de résoudre ces problèmes. Lorsqu’un refus de soin a été signalé, celui-ci prend alors contact avec le professionnel en question afin de résoudre ce problème. Le médiateur a un véritable rôle à jouer dans les refus de soins.

H. Allouer davantage de moyens aux CMP et plus généralement au secteur de psychiatrie pour permettre des prises en charges plus rapide et plus efficaces.

Fondement de la proposition :

- Le manque de moyens des CMP ne permet pas aux personnes d’être suivies régulièrement par un médecin psychiatre. L’exemple d’une personne suivie par un CMP n’ayant pas vu de médecin psychiatre depuis plus d’une année a été partagée lors des groupes de travail. Les infirmières psychiatriques, malheureusement, ne peuvent pas prendre le relai à long terme de la compétence médicale.
- Hausse des troubles psychiatriques largement constatée.

I. Allouer davantage de moyens aux CAARUD et aux CSAPA pour permettre des prises en charges plus rapide et plus efficaces.

Fondement de la proposition :

- L’offre pour les usagers de drogue est inadaptée dans son délai de réponse et ses modalités de prise de RDV : recours à des outils de prise de RDV numérique pour un public en situation de fracture numérique, un rdv à un mois quand les personnes ne seront pas en capacité de se mobiliser et de se projeter mettent en péril la première accroche pour entamer une démarche de soin...
- La crise sanitaire a par ailleurs rendu plus difficile la mise en œuvre des réponses avec l’application des jauges et de la distanciation sociale.
- Plusieurs territoires évoquent une hausse des OD Médicamenteuses, de la détresse psychique et des nécessités de réponse quasi immédiate.

3 – Déployer ou renforcer des dispositifs « passerelles »

Au regard de l'évolution des publics et de leurs besoins, il est également proposé, de manière plus large sur ce point, que **ces dispositifs d'allers-vers soient ouverts à l'ensemble des publics** qu'ils soient en situation de vie à la rue, d'hébergement, de logement accompagné (pensions de famille par exemple), en difficulté dans leur logement ou encore en situation d'insertion professionnelle dans les structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) de la région

A. Développer ou renforcer des EMPP sur l'ensemble des territoires

- En élargissant leurs possibilités d'intervention aux dispositifs de logement accompagné (pensions de famille, résidences sociales...) et aux publics en grande difficulté dans le logement.
- En dotant l'ensemble des territoires d'EMPP

Fondement de la proposition

- *La souffrance psychique représente la problématique la plus prégnante lorsqu'il s'agit des publics en situation de précarité.*
- *La désertification médicale dans certains territoires ou le manque de professionnel sont à l'origine de délais d'attente de consultation trop longs, de plusieurs mois, qui sont complètement inadaptés aux réalités de vie des personnes en situation de grande précarité.*
- *Les phénomènes de violences liés à une souffrance psychique sont en augmentation au sein des structures d'accueil social et d'hébergement.*
- *Les phénomènes de souffrance psychiques sont renforcés par les phénomènes d'isolement et d'anxiété dus à la crise sanitaire.*
- *Le lien entre le CMP et les structures d'hébergement est encore complexe, les délais de prises de RDV en CMP sont de plusieurs mois.*
- *Les CMP sont embolisés par les situations de psycho-pathologie et peu disponibles pour les situations de détresse psycho-thérapeutique en nombre croissant notamment liées à la crise sanitaire*

« Expérience inspirante »

- *Permanences téléphoniques de psychologues [Arr. Lille – EMPP]*
- *Une EMPP qui intervient auprès de personnes logées [Roubaix]*
- *Mesure ASPL (accompagnement AS, TISF, IDE Psy) pour une intervention à domicile dans le logement afin de favoriser le maintien*

B. Développer des SSIAD Précarité. Répondant à un réel besoin, il conviendrait de renforcer les SSIAD Précarité existant pour leur permettre de répondre à l'ensemble de la demande d'une part, et d'autre part, il est primordial d'assurer une équité territoriale et de déployer des SSIAD précarité sur les zones non pourvues pour s'assurer d'un maillage territorial qui n'exclut aucune zone géographique.

Fondement de la proposition :

- *Les SSIAD Précarité n'existent pas partout.*
- *L'ensemble des besoins ne sont pas couverts, notamment pour des publics en situation de logement mais ayant du mal à s'y maintenir ou en logement accompagné.*

C. Développer des offres mobiles, type équipe mobile santé/précarité ou « BUS » à la fois en zone rurale, mais aussi à destination des publics en bidonvilles. Il s'agirait de consultations pluridisciplinaires : médicales, infirmières, sociales. L'expérience du BUS de MSL sur l'arrondissement de Lille peut servir d'exemple sur lequel capitaliser.

Fondement de la proposition :

- *Besoin d'offrir un premier accès aux soins sur le lieu de vie des personnes pour créer le lien de confiance et engager des démarches.*

« Expérience inspirante »

- *Renforcement du temps IDE mis à disposition au Samu social [MEL]*
- *Le Bus MSL : PASS mobile sur les camps et bidonvilles [MEL]*

D. Développer des dispositifs ou des coopérations permettant d'aller-vers avec une approche triple : précarité/psychiatrie/addictologie comme par exemple, des équipes de liaisons mixtes.

Le partenariat et les croisements permettraient de fédérer et donc d'être plus efficient dans les accompagnements

Fondement de la proposition :

- *Les professionnels font remonter qu'une part importante des personnes en situation de souffrance psychique cumule également des problématiques d'addiction. Aujourd'hui, les prises en charges coordonnées sont rares.*
- *Besoin de développer des équipes mobiles type LHSS/CSAPA/Psy pour les personnes atteintes du syndrome de Korsakoff.*

“Expériences inspirantes” :

- *Les professionnels font remonter qu’une part importante des personnes en situation de souffrance psychique cumule également des problématiques d’addiction. Aujourd’hui, les prises en charges coordonnées sont rares.*
- *Partenariat avec la PASS PSY de l’EPSM Lille Métropole et un CAARUD : un temps de psychologue et infirmier permet de faire le lien vers les structures extérieures, en particulier les partenaires sanitaires.*
- *Partenariat un CAARUD et le CH Dron (avec des permanences dédiées sur la problématique hépatique), qui permet des allers-retours, de s’appuyer sur la confiance (entre professionnels et entre professionnels et usagers).*

E. Renforcer les équipes mobiles « addicto-précarité » / les démarches de consultations avancées, et en permettre le déploiement sur les territoires et/ou structures non dotées.

Fondement de la proposition

- *Une forte demande qui peine à être honorée par les équipes de l’addictologie faute de moyens suffisants.*
- *Malgré les derniers appels à projet pour la mise en œuvre de consultations avancées en addictologie dans les structures d’hébergement social, certains territoires restent non couverts : Avesnois, Maubeuge, Creil, Arras, Boulogne sur mer, Saint Omer...*
- *Besoin de renforcer les consultations avancées en addictologie dans les structures sociales*
- *Besoin de penser des possibilités de consultations avancées de psychologue ou de psychiatre en structures d’hébergement, dans les lieux de proximités... (centres sociaux, mairie...)*
- *Les consultations avancées n’existent pas encore sur tous les territoires, et pour toutes les structures sociales.*

Expérience inspirante :

- *Equipe mobile addictologie pour aller au domicile des patients [Henin - Lens]*

4 – Créer les conditions d'un accompagnement mixte : santé/social

A. Faire en sorte que l'accompagnement soit aidant au sens entendu par les personnes concernées et favorise la continuité du parcours de santé

- Renforcer les dispositifs d'accompagnement social et renforcer leurs équipes par des professionnels de santé, agissant en complémentarité des intervenants sociaux, pour accompagner les personnes dans les démarches de santé (présence si nécessaire lors des consultations, de la lecture des résultats, échanges et explications ultérieurs, accompagnement à la prise de RDV...)
- Permettre aux professionnels de réinterroger et d'adapter leurs postures professionnelles en interrogeant les personnes concernées

Fondement de la proposition

- *A l'issue des bilans de santé fait dans les centres d'examens de santé par exemple, les résultats sont expliqués par un infirmier ou un médecin et une liste de RDV à prendre est remise. Sans explications ou échange ultérieur, de nombreuses personnes sont "perdues", craignent de s'engager dans ces démarches en cas d'annonce de maladie, sentiment d'isolement à l'annonce du diagnostic...*
- *Pour les personnes concernées, ce qui aide dans l'accompagnement*
 - ***La continuité de l'accompagnement** : le plus dur dans l'accompagnement social, c'est de raconter sa vie à tout bout de champs (les erreurs, les difficultés, les ruptures...). Avoir la même personne dans la durée, ça aide.*
 - *« Relire » ce qui s'est passé, et comprendre nos erreurs, sans être culpabilisé, Que ce soit avec un éducateur, ou un psychologue, un bénévole, c'est un élément important pour qu'on se relève et qu'on trouve le ressort pour s'en sortir.*
 - ***Être à deux à entendre** : quand on n'est pas bien on est dans l'incapacité d'entendre ce que le soignant ou l'assistante sociale nous dit. On est tellement dans l'angoisse. Aller au RDV avec une personne de confiance (bénévole, ami du quartier, professionnel qui m'accompagne...) ça permet de reprendre ce qui s'est dit dans l'entretien et de mieux agir après...*

B. Doter les structures d'hébergement social et du secteur « AHI » de temps infirmiers et psychologues, en adéquation avec les besoins repérés. Lorsque cela est pertinent, renforcer les structures disposant déjà d'un temps infirmier ou psy. Il ne s'agit pas de remplacer le droit commun, mais bien de faire le lien entre ces personnes éloignées du soin et des préoccupations de santé et le droit commun, pour les « ramener vers ».

Fondement de la proposition :

- *L'interface que devient le professionnel de santé au sein d'une structure d'hébergement ou du secteur AHI est primordiale pour engager un parcours de soins.*
- *Les quelques structures qui ont la chance d'en bénéficier louent régulièrement la plus-value de ce type de poste et rendent des évaluations éloquentes.*
- *Les objectifs de retour vers le droit commun sont toujours présents, mais pouvoir être aux côtés des personnes sur leur lieux de vie permet de tisser un lien préalable déterminant dans une démarche de soins.*
- *Besoin de développer les aspects médiations santé et coordination des parcours de santé aux côtés des travailleurs sociaux.*
- *Besoin d'avoir des personnels formés à la prise en charge des personnes avec difficultés psychiques dans les structures sociales au regard du délai de réponse trop long de la psychiatrie.*
- *Le financement "à l'acte" est contre-productif dans le cadre d'un accompagnement pour les plus éloignés de la santé puisqu'il implique une "course contre le temps" et ne permet pas d'impliquer pleinement la personne concernée.*

« Expérience inspirante » :

- *Présence d'une IDE au sein d'un CHRS [Arr. Lille - CHRS]*
- *Présence d'une IDE « AHI » [Pas-de-Calais]*
- *Séjour de rupture proposée à des personnes très marginalisées (à la rue depuis plusieurs années) avec de multiples difficultés tant sur le plan social que sur le plan de la santé et qui n'adhèrent à aucun projet. Projet mené par une éducatrice de maraude (très habitué à l'aller vers donc) avec une présence de professionnels de la santé (psychologue et infirmière)*
- *L'adhésion des personnes à ce projet de par son attractivité a permis un réel travail sur différents aspects des problématiques des personnes (social, médical...) en amont, pendant et en aval du séjour.*
- *Cette expérience a déjà été réalisée trois fois mais elle semble difficile à dupliquer tant elle repose sur la dynamique et l'implication de cette équipe éducative soutenue par l'association qui l'emploie. [Lille – Secteur de psychiatrie]*

C. Renforcer les PASS pour améliorer le lien avec les SIAO et les structures d'hébergement, et envisager la mise en place de PASS délocalisée.

Fondement de la proposition :

- *Besoin de temps paramédical supplémentaire au sein des PASS pour faire le lien avec les SIAO et les structures d'hébergement.*
- *La PASS doit pouvoir faire de l'aller-vers.*

Expérience inspirante :

- *L'intervention de l'assistante sociale du service, dès lors qu'une question de précarité est identifiée, permet de lever les freins d'accès aux droits notamment, voire davantage encore [Centre Hospitalier de SECLIN, et probablement d'autres...]*

D. Développer l'approche par le « travail pair »

Fondement de la proposition :

- *L'expérience de vie mise au service de l'accompagnement global des personnes en situation de précarité, en complémentarité avec les compétences des travailleurs sociaux, permet une approche différente, parfois plus directe, parfois plus parlante, pour les personnes concernées.*

Expérience inspirante :

- *La « pair-aidance » en addictologie [Boulogne]*

E. Renforcer la formation des professionnels de santé par une approche de la précarité.

En appréhendant mieux le contexte de vie et les contraintes des personnes à la rue, en situation de précarité (...), les impacts de la précarité sur les parcours de vie, les membres des groupes font le pari que les professionnels de santé réserveront un meilleur accueil aux personnes, adapteront davantage leurs discours et leurs pratiques, pour in fine, favoriser l'accès à la santé.

Fondement de la proposition :

- *Situation « de peur » d'aller chez le médecin. Elle explique que les professionnels de santé n'ont pas forcément conscience de la peur que peuvent ressentir les personnes concernées. Selon les personnes concernées, les professionnels doivent accentuer leur relation de soin sur le bien être afin de créer un climat de confiance pour seulement ensuite aborder les questions de santé.*

« Expériences inspirantes »

- *DU Santé Précarité à Lille*
- *Des interventions du secteur de la précarité dans les formations des professionnels de santé (DU soins infirmiers en addictologie...)*

5 – Permettre aux acteurs de terrain d'agir en amont

A. Développer des actions de prévention et de promotion de la santé notamment dans le cadre d'ateliers collectifs permettant de développer les compétences psychosociales, et ce y compris dans les lieux de premier accueil comme les accueils de jour.

Fondement de la proposition :

- *La souffrance psychique représente la problématique la plus prégnante lorsqu'il s'agit des publics en situations de précarité.*
- *La désertification médicale dans certains territoires ou le manque de professionnel sont à l'origine de délais d'attente de consultation trop longs, de plusieurs mois, qui sont complètement inadaptés aux réalités de vie des personnes en situation de grande précarité.*
- *Les phénomènes de violences liés à une souffrance psychique sont en augmentation au sein des structures d'accueil social et d'hébergement.*
- *Les phénomènes de souffrance psychiques sont renforcés par les phénomènes d'isolement et d'anxiété dus à la crise sanitaire.*
- *Les GREPA se sont questionnés sur la définition « d'être en bonne santé », les personnes accompagnées s'approchent d'une réponse de l'ordre « d'être en lien entre tête et corps » et favorisent une approche bien-être qui peut être accessible également par le biais d'un accès à des ateliers (bien être, activité manuelle ou encore cuisine).*
-

"Expériences inspirantes" :

- *Organisation de "forum santé" au sein de structures sociales, ce sont des moments ou différents professionnels de santé (dentiste, infirmiers, etc.) ou des structures de soins ou de prévention santé qui sont présents et permettent d'expliquer des démarches santé, de répondre aux questions que les bénéficiaires se posent. Ce qui est intéressant pour Juan, ces espaces permettent de mieux comprendre sa santé, et d'articuler ces démarches avec l'accompagnement social.*

B. Développer des canaux d'informations pertinents qui vont permettre aux professionnels d'avoir une meilleure connaissance de l'offre de soins et/ou de service sur leur territoire. Au-delà de l'intérêt de renforcer la connaissance des acteurs sur les territoires quant aux dispositifs présents localement, il est également évoqué le lien que la médecine de ville et les pharmacies pourraient jouer dans le repérage des personnes en difficulté d'accès à la santé et en situation précaire.

La mise en liens des dispositifs de « l'aller-vers » en santé pour les publics précaire avec les SIAO, les mairies de quartiers, et l'ensemble des lieux de premier accueil semble incontournable.

Fondement de la proposition :

- *Les dispositifs existants ne sont pas connus par l'ensemble des professionnels d'un secteur sur une zone géographique.*
- *Le fonctionnement, le projet et le profil des personnes qui pourront trouver une offre répondant à leurs besoins ne sont pas maîtrisés sur un territoire par l'ensemble des acteurs*
- *Les formations initiales n'abordent pas ces sujets santé/précarité en détail et le maillage territorial est différent d'un secteur à l'autre.*
- *Besoin de pouvoir interroger une personne ressource (CLSM ?) qui a une parfaite connaissance des dispositifs existants.*

C. Renforcer les dispositifs de médiation sociale et médiation santé

Le sentiment de défiance vis-à-vis du système de santé de la part des personnes concernées est fort. Elles ont largement témoigné sur leurs craintes, la perte de confiance envers la communauté médicale, accrue par ailleurs depuis un an face à la déprogrammation de soins hospitaliers, aux incohérences des discours médicaux concernant la question des vaccins, des informations transmises concernant la crise sanitaire... Elles craignent un déficit de confidentialité, d'apprendre une maladie grave et de ne pas avoir de possibilité de prise en charge, de ne pas pouvoir assumer les coûts des soins et d'un parcours thérapeutique, de ne pas comprendre ce que le médecin leur dira et d'être seule face à un effet de sidération à l'annonce d'un diagnostic.

- **Développer ou renforcer les dispositifs de type « personnes ressources »** qui viennent dans les quartiers au bas des immeubles, dans le village, qui seraient disponibles pour répondre aux questions des personnes.

Ces personnes ressources pourraient travailler avec des « ambassadeurs » pour multiplier l'action d'information, d'orientation et de conseil.

Fondement de la proposition :

- *Pour les personnes concernées : « On pourrait, avant même de « tomber dans une plus grosse galère » aller chercher l'information : Où aller pour débroussailler mon dossier, où trouver l'info pour connaître mes droits (et mes devoirs), où trouver un ordinateur quand j'arrive plus à me connecter, comment faire pour échelonner mes factures... quoi faire si je m'aperçois que mon enfant tourne mal, où me renseigner pour accéder à une formation et quels mots utilisés pour qu'on comprenne ce que je cherche, etc... »*

- **Soutenir et développer les dispositifs « Des ambassadeurs, des groupes citoyens »**

Fondement de la proposition :

Pour les personnes concernées, ce sont des personnes qui vivent dans les quartiers, et qui acceptent d'être bénévoles pour aider les habitants du quartier à aller vers les centres de santé. Les ambassadeurs sont « formés » et « informés » des choses pour orienter des habitants vers les bons lieux et personnes ; ils vont jusqu'à les accompagner pour rassurer. Ils sont aussi consultés et réfléchissent à partir de problématiques du quartier ou du village. Ils sont un véritable réseau pour « aller vers ». Ils savent où trouver les plus en difficultés, les « invisibles ».

Expérience inspirante :

- *Ambassadeurs santé dans les quartiers comme celui de Lille-Sud notamment.*
- *Médiateurs et ambassadeurs santé sur le territoire Roubaisien.*

➤ Renforcer les liens de partenariat des association caritatives.

Fondement de la proposition :

- *Les bénévoles des associations caritatives sont déjà sur le terrain dans plein de lieux. Souvent, les bénévoles sont informés des lieux où sont les plus fragilisés dans le quartier ou le village. Ils ne sont ni assistantes sociales ni éducateurs, mais ils ont une connaissance plus approfondie de la vie des personnes en galère.*

6 – Développer ou renforcer les lieux de concertation, d'échanges et de coordination.

A. Développer la participation des personnes concernées

“Expériences inspirantes” :

- *Il y a des expériences participatives et collaboratives qui sont déjà en route :*
 - *À l'UTAS de St Quentin, il y a le groupe Citoyen et le groupe bénévoles constitués de personnes inscrites au RAS : ils ont fait évoluer les dispositifs sur le territoire*
 - *Les ambassadeurs santé, dont on a parlé...*
 - *Dans des centres sociaux, dans des associations, ...*
 - *le réseau des GREPA en train de se constituer*
 - *Le CRPA*

B. Développer ou renforcer l'existence de cellule “situations complexes” sur les territoires.

- *Elles doivent permettre d'aborder les situations dans leur globalité (santé, santé mentale, social, addictions...) en réunissant l'ensemble des acteurs pertinents.*

- Une demande a explicitement été formulée sur le territoire de l'ARTOIS.
- Ces cellules doivent bien entendu s'appuyer sur les acteurs locaux et les dynamiques déjà engagées.
- Elles doivent permettre d'aborder à la fois des situations, de coordonner des actions, mais également de favoriser l'échange de pratique, la culture commune sur des sujets thématique pour apprendre à mieux se connaître...

“Expériences inspirantes” :

- *Intervisions portées par le réseau santé solidarité Lille métropole sur la MEL.*
- *Réseaux Précarité Santé Mentale dans le Nord et le Pas-de-Calais*

C. Favoriser de développement du travail en partenariat entre les différents secteurs pour faciliter l'accès aux soins

L'aspect multifactoriel des problématiques rencontrées par les personnes nécessite un travail de partenariat renforcé. Lorsque les démarches n'aboutissent pas faute de coordination, elles sont extrêmement démobilisatrices. A cela, s'ajoute aujourd'hui le contexte délétère et anxiogène de la crise sanitaire.

- Le partenariat doit pouvoir être pensé dès le protocole d'orientation mis en place par les structures.
- La question du suivi de la situation doit également être positionnée dès la première demande pour s'assurer d'un suivi et d'une coordination efficace au bénéfice de la personne.

Les démarches d'échanges de pratiques entre professionnels de secteurs différents sur les territoires permettent de mieux se connaître et in fine, de mieux travailler ensemble.

Fondement de la proposition :

- *Besoin du secteur social de pouvoir saisir rapidement le secteur de la psychiatrie dans des délais moins long que ceux du CMP, notamment dans les situations d'urgence.*
- *Besoin de coordination entre les acteurs.*
- *Nécessité de permettre aux professionnels des différents secteurs de se rencontrer sur leur territoire.*
- *Il est devenu bien rare d'être face à une problématique à une seule facette : les problématiques multiples cumulant difficultés d'accès aux soins, aux droits et sociaux impliquent d'activer plusieurs leviers.*
- *Le témoignage de personnes concernées a mis en lumière la nécessité de coordination des professionnels de différents secteurs :*
 - *Une personne rencontrant des difficultés d'addiction, de santé mentale et somatique s'est retrouvée face à l'appréciation de « critères d'appréciation » de sa situation qui, in fine, n'ont pas permis de prise en charge rapide.*

- *Des exemples se sont multipliés durant les temps d'échanges : un CMP qui renvoie vers un éducateur, le 15 qui refuse d'intervenir dès lors qu'une consommation d'alcool est évoquée, une structure en addictologie qui « répond que la personne n'est pas suffisamment addict ».*

F – Tentative de conclusion

Les propositions issues des travaux menés conjointement par les groupes de travail « santé » et « hébergement/logement » de la stratégie pauvreté, en Hauts-de-France sont issues d'un travail collégial, ayant rassemblé nombre de contributeurs, issus de l'ensemble des territoires de la région.

Pour les membres des GT4 et GT6, avec l'appui du GT14, **les orientations qui seront prises** par les pouvoirs publics dans le cadre de la mise en œuvre des mesures issues du Ségur de la Santé doivent :

- **être partagées** avec les **membres des groupes de la Stratégie Pauvreté**
- **être partagées** avec les **acteurs locaux** sur chacun des territoires et mises en regard avec les besoins repérés sur ces mêmes territoires. Les acteurs œuvrant aujourd'hui auprès des publics en situation de précarité et/ou dans les dispositifs d'accès à la santé les recevant doivent être consultés de manière à ce que les dispositifs qui seront mis en place sur leurs territoires répondent aux besoins repérés par les acteurs de terrain.
- **prendre en compte les dynamiques, partenariats et dispositifs existants** localement sur les territoires de proximité, qui sont les « bassins de vie » des personnes en situation de précarité.
- **Penser les possibilités de pérennisation** des dispositifs expérimentaux ayant fait preuve de leur utilité sociale et de leur plus-value dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les dispositifs qui seront **mis en place** doivent quant à eux :

- **permettre un rééquilibrage territorial** afin de proposer aux personnes en situation de précarité des services répondant à leur besoin peu importe leur territoire de vie.
- **s'appuyer sur un état des lieux** des besoins partagés avec les acteurs du territoire concernés, les personnes concernées y compris.
- **être légitimés** par un examen des projets permettant aux acteurs locaux d'émettre un avis (acteurs associatifs, institutionnels...)
- **permettre la participation** des personnes concernées
- **s'inscrire dans un partenariat** fort et durable sur le territoire
- **faire l'objet d'une communication** à l'ensemble des partenaires du territoire

Si les propositions présentées ici sont bien le reflet des différents travaux menés, la mise en œuvre des mesures issues du Ségur de la Santé ne peut **se penser qu'à l'aune des besoins de chacun des territoires.**

ANNEXES

UNE VISION TERRITORIALISEE DE L'EXISTANTS POUR QUELQUES
DISPOSITIFS

Liste des PASS dans les Hauts-de-France

Etablissements porteurs d'une PASS	Type PASS
Aisne	
CH Château-Thierry	PASS Généraliste
CH Guise	PASS Généraliste
CH Laon	PASS Généraliste
CH Saint Quentin	PASS Généraliste
CH Soissons	PASS Généraliste
CH Hirson	PASS Généraliste
EPSM Aisne	PASS psy
Nord	
Centre Hospitalier DOUAI	PASS Généraliste
Centre Hospitalier du Pays d'AVESNES	PASS Généraliste
Centre Hospitalier DENAIN	PASS Généraliste
Centre Hospitalier FOURMIES	PASS Généraliste
Centre Hospitalier LE CATEAU CAMBRESIS	PASS Généraliste
Centre Hospitalier Sambre Avesnois MAUBEUGE	PASS Généraliste
Centre Hospitalier de DUNKERQUE	PASS Généraliste
Centre Hospitalier ARMENTIERES	PASS Généraliste
Centre Hospitalier HAZEBROUCK	PASS Généraliste
GHICL	PASS Généraliste
CHRU LILLE	PASS Généraliste
Centre Hospitalier ROUBAIX	PASS Généraliste
Groupe Hospitalier Seclin Carvin	PASS Généraliste
Centre Hospitalier TOURCOING	PASS Généraliste
Centre Hospitalier WATTRELOS	PASS Généraliste
Centre Hospitalier VALENCIENNES	PASS Généraliste + PASS mobile
Centre Hospitalier CAMBRAI	PASS Généraliste + PASS psy
EPSM de l'Agglomération Lilloise SAINT ANDRE LEZ LILLE	PASS psy
EPSM Lille Métropole ARMENTIERES	PASS psy
Oise	
CH Beauvais	PASS Généraliste
CH Compiègne Noyon	PASS Généraliste
GHPSO	PASS Généraliste
CHI Clermont	PASS psy
Pas-de-Calais	
Centre Hospitalier ARRAS	PASS Généraliste
Centre Hospitalier BETHUNE BEUVRY	PASS Généraliste
Centre Hospitalier LENS	PASS Généraliste
Centre Hospitalier BOULOGNE SUR MER	PASS Généraliste
Centre Hospitalier CALAIS	PASS Généraliste
Centre Hospitalier de l'Arrondissement de MONTREUIL SUR MER	PASS Généraliste
Centre Hospitalier Région de SAINT OMER site d'HELFAUT	PASS Généraliste
Somme	
CH Abbeville	PASS Généraliste
CHUA	PASS Généraliste
CH Péronne	PASS Généraliste
EPSM Somme	PASS psy

Source : ARS Hauts-de-France – avril 2021

Groupes de travail GT « Santé » et « Hébergement/Logement » Stratégie Pauvreté
« Aller vers : comment donner corps aux démarches sur notre territoire ? » - avril 2021-juin 2021

Liste des EMPP dans les Hauts-de-France

Nom de l'EMPP	Département	Territoire
Aisne		
EMPP Hirson-Saint Quentin	Aisne	Hirson - Saint Quentin
EMPP Laon	Aisne	Laon
Nord		
Équipe mobile santé précarité	Nord	Cambrai
EMPP de Douai	Nord	Douai
EMPP de Dunkerque	Nord	Dunkerque
EMPSM	Nord	Maubeuge
Équipe Diogène	Nord	MEL
La Ravaude	Nord	Roubaix
Équipe Rimbaud	Nord	Valenciennes
Oise		
EMPP Oise	Oise	Creil
Pas-de-Calais		
EMPP d'Arras	Pas-de-Calais	Arras
EMPP de Béthune Bruay	Pas-de-Calais	Béthune
Interface psychiatrie précarité de Boulogne	Pas-de-Calais	Boulogne-sur-Mer
EMPP de Calais	Pas-de-Calais	Calais
Le Cheval bleu	Pas-de-Calais	Lens
EMPP de Montreuil	Pas-de-Calais	Montreuil-sur-Mer

NB : les EMPP en Bleu, sont en cours de création ou prévue pour 2021.

Source : ARS Hauts-de-France – avril 2021

Liste des SSIAD Précarité dans les Hauts-de-France

Département	Zone d'intervention	Commune d'implantation	Gestionnaire
Aisne			
Aisne	ZP de Château Thierry/ Soissons et Laon	Soissons	AMSAM
Nord			
Nord	Zone de proximité De Lille	Capinghem	ABEJ
Nord	ZP du Dunkerquois	Saint-Pol-sur-Mer	AFEJI
Nord	ZP du Valenciennois	Valenciennes	ASSAD Lille
Oise			
Oise	Zp de Beauvais / Clermont	Fitz-James	Fondation Diaconesses de Reuilly
Pas-de-Calais			
Pas-de-Calais	Zone de proximité de Lens Liévin	Liévin	APSA
Pas-de-Calais	ZP de Boulogne Calais	Boulogne-sur-Mer	Domisoins 62/59
Somme			
Somme	ZP de Amiens Mont Didier	Dury/Amiens	La Nouvelle Forge

NB : les SSIAD en Bleu, sont issu de l'appel à projet 2020, et en cours d'installation.

Source : ARS Hauts-de-France – avril 2021

Liste des consultations avancées en addictologie proposées par les CSAPA au sein des structures d'hébergement et en partenariat avec elles, dans les HAUTS-DE-FRANCE.

Département	Raison sociale	Organisme gestionnaire	Territoire	CHRS concernés
Aisne				
Aisne	CSAPA HORIZON	ASSOCIATION OPPELIA	SAINT QUENTIN	Hirson : CHRS de l'association Accueil Promotion Saint Quentin : CHRS Dufour Denelle (association Accueil Promotion) Laon : o CHRS Horizon Laon (COALLIA) o CHRS de Laon (association Accueil Promotion) Soissons : o COALLIA Soissons o centre Henri Vincent (Fondation Diaconesses de Reuilly) Chauny : CHRS de l'association Accueil Promotion
Nord				
Nord	CSAPA CH DE DOUAI	CH DOUAI	DOUAI	Douai : CHRS La Parenthèse (association Les Compagnons de l'Espoir) CHRS La Maisonnée (association Les Compagnons de l'Espoir) Aniche : Les Tisserands (association La sauvegarde du Nord).
Nord	CSAPA LA BOUSSOLE	CH DE VALENCIENNES	VALENCIENNES	Valenciennes : o CHRS La Pose (association La Pose) o CHRS AJAR La sentinelle : CHRS Le Hameau (association Alter Egaux) Denain : CHRS Le Triangle (Entraide Denaisienne) Raismes : CHRS Temps de Vie.
Nord	CSAPA TRAPEZE (ESPACE DU POSSIBLE)	ASSOCIATION LA SAUVEGARDE DU NORD	LILLE	Lille o CHRS Thiriez (association SOLFA) o CHRS Catry (association SOLFA) o Centre d'accueil Le Home des Mères (association SOLFA) o CHRS SARL (association OSLO) o CHRS Sara (Sauvegarde Du Nord) Roubaix : CHRS Agora (Sauvegarde Du Nord)
Nord	CSAPA LE RELAIS	ASSOCIATION LA SAUVEGARDE DU NORD	ROUBAIX	Roubaix : CHRS Agora (Sauvegarde Du Nord)
Nord	CSAPA LE TREMA	ASSOCIATION AEP	CAMBRAI	Maubeuge : - CHRS Accueil et Promotion en Sambre à Maubeuge, - CHRS à Maubeuge (AFEJI) - 1 CHRS Aquar'Ailes à Cambrai (association Prim'Toit), Cambrai - 1 Centre d'Hébergement de Stabilisation (association Prim'Toit), - 2 CHRS (association l'Arpe). Caudry : CHRS de stabilisation Trait d'Union (CCAS Caudry) Le Cateau : CHRS de stabilisation Le Gîte (association Havre) Avesnes/Helpe : centre hébergement d'urgence Prim'Toit (association Prim'Toit) Bachant : CHRS Habitat pour tous (Accueil et promotion Sambre) Fourmies : CHRS de stabilisation (association Prim'Toit)
Nord	CSAPA LA TRAME	ASSOCIATION ADDICTIONS FRANCE (anciennement ANPAA 59)	LILLE	CHRS Brezin à Roubaix (association Le Home des Flandres), CHRS L'Escalé à Lille et CHRS Eugénie Smet à Loos (Eole), CHRS CAP Ferret à Roubaix et CHRS Pierre Caron à Tourcoing (Association SOLIHA), CHRS La Phalecque à Lompret (AFEJI). Lille o CHRS Rosa Parks (ABEJ) o CHRS Capharnaüm (ALEFPA) o CHRS Les Moulins de l'Espoir (Armée du Salut) o Résidence du Pont Neuf (EOLE) Roubaix : CHRS, accueil d'urgence pour femmes et couples, maison des femmes, accueil de jour (AFR) Tourcoing : CHRS de Béthel
Oise				
Oise	CSAPA AMBULATOIRE SATO	ASSOCIATION SATO	BEAUVAIS	Sur le secteur de Creil : o CHRS Les Compagnons du Marais 137 o CHRS Les Compagnons du Marais 148 o CHRS La chapelle des marais Compagnons du Marais o CHRS mosaïque ADARS Sur le secteur de Beauvais : o CHRS Le CAEPP (CCAS) o CHRS l'Étape (ADARS) o CHRS Le Chemin (fondation Diaconesses de Reuilly) o CHRS Harmonie (ADARS) Sur le secteur de Compiègne : o CHRS du CCAS, ville de Compiègne o CHRS fondation diaconesses de Reuilly, E.Carpentier.
Pas-de-Calais				
Pas-de-Calais	CSAPA DE LIEVIN	GROUPE AHNAC	LENS	Association APSA : 2 CHRS La Boussole à Lens et CHRS Schaffner à Avion, Association Accueil 9 de Cœur : CHRS Accueil 9 de Cœur à Lens (femmes/familles), Association Le Coin Familial : CHRS Les Copains à Meurchin.
Pas-de-Calais	CSAPA LE JEU DE PAUME	EPSM VAL DE LYS ARTOIS	BETHUNE	CHRS le Phare à Béthune (association Habitat Insertion) 2 CHRS de l'association La Vie Active, « la Cordée » à Annezin (public masculin) et Béthune (public féminin)
Somme				
Somme	CSAPA AMBULATOIRE LE MAIL	ASSOCIATION LE MAIL	AMIENS	Amiens : - CHRS pôle jeune Coallia - CHRS Louise Michel géré par Coallia - CHRS l'îlot Thuillier Péronne : résidence sociale « Michel Galabru » Coallia
Somme	CSAPA ANPAA 80	ASSOCIATION ASSOCIATION ADDICTIONS France (anciennement ANPAA 80)	AMIENS	Amiens : o CHRS L'îlots Augustins (association Maison d'accueil L'îlot) o CHRS Le Toit (association Picarde d'Accueil Le Toit) o CHRS Le Relais (APREMIS) Camon : CHRS L'Avenir (association AVENIR)