

ENQUÊTE 2023

POUR L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

L'ACCOMPAGNEMENT DES LHSS, DES LAM, ET DES ACT



*LHSS : Lit Halte Soins Santé | LAM : Lit d'Accueil Médicalisé | ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

INTRODUCTION

Les questions de santé et de précarité sont intimement liées : la précarité est un facteur aggravant des problèmes de santé, et constitue un obstacle à l'accès au système, tout comme les problèmes de santé empêchent trop souvent les personnes en situation de précarité de retrouver un logement, un emploi, et, plus largement, le plein exercice de leur citoyenneté. Pour répondre à ces besoins et améliorer l'état de santé des populations en situation de précarité, différentes structures interviennent notamment les Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

La Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) fédère un grand nombre d'associations porteuses de ces trois dispositifs au sein de son réseau.

Désireuse de mieux connaître ses adhérents et de participer activement aux travaux de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) ainsi qu'au Pacte des solidarités piloté par la Délégation Interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) qui a annoncé la poursuite du développement des mesures de santé vers les personnes en situation de précarité, la Fédération a sollicité ses adhérents à la rentrée 2023 afin de mieux connaître leurs modalités d'intervention et d'organisation, de recenser leurs bonnes pratiques mais aussi leurs besoins vis-à-vis de l'État. Elle a aussi pour objectif de recenser les modes de fonctionnement mis en place par les différent·e·s professionnel·e·s dans l'accompagnement global des personnes accueillies :

- du point de vue de des parcours notamment sur les questions d'entrée, de prise en charge au sein de la structure et également de sortie ;
- du point de vue de l'accompagnement médico-social au sein de la structure ;
- mais aussi du point de vue de l'organisation de l'accueil et de l'adaptation des règlements de fonctionnement aux problématiques rencontrées par les personnes accueillies, et enfin de la coordination.

Cette enquête a aussi pour but de mettre en exergue de bonnes pratiques, de fonctionnement et d'organisation, mises en place par des adhérents du réseau de la Fédération. Ces dernières peuvent répondre à des problématiques rencontrées par d'autres adhérents et ainsi les aider à adapter au mieux l'accompagnement des personnes en répondant à certaines interrogations notamment d'ordre technique. Ces différents objectifs remplissent une finalité commune de mise en place d'actions d'accompagnement à l'attention des adhérents de la Fédération portant des dispositifs médico-sociaux.

Au total, **85 établissements** ont répondu à l'enquête en ligne totalisant 104 réponses, contre 55 réponses pour l'enquête effectuée en 2019, un répondant pouvant porter un ou plusieurs des dispositifs concernés, soit 37 Appartements de Coordination Thérapeutique (20 ACT en 2019), 9 Lits d'Accueil Médicalisés (3 en 2019) et 58 Lits Halte Soins Santé (32 en 2019). Cette enquête se base sur un échantillon de structures réparties au sein de 13 régions, dont une en Outre-Mer, et permet donc de rendre compte d'une certaine diversité territoriale.

SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE ET RECOMMANDATIONS

L'enquête menée en 2023 compte **85 répondants** avec un total de 104 réponses. L'ensemble du territoire a pu être représenté.

Organisation des structures

- Recours à la mutualisation importante, 72% des répondants.
- Financement majoritaire par les ARS via des demandes de subventions annuelles, 55% des répondants.

L'orientation

<u>En amont</u>	<u>En aval</u>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Les principaux orienteurs sont les hôpitaux, les PASS et les acteurs de la veille sociale. ○ Les répondants se considèrent bien identifiés notamment par les hôpitaux, les acteurs de l'hébergement et de la veille sociale. ○ Les demandes d'admission se font dans un cadre défini en grande partie par un dossier d'admission à constituer et l'organisation de commission d'admission. ○ La décision finale pour admettre la personne est le plus souvent prise par la direction avec le-la médecin de la structure. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les principaux motifs de refus à l'admission sont le manque de place et la situation médicale de la personne ne justifiant pas la prise en charge. ○ Les facteurs bloquants à l'orientation sont majoritairement le manque de places des structures d'aval et le statut administratif de la personne. ○ Bien connaître et rencontrer régulièrement les partenaires de son territoire est un facteur favorisant l'orientation pour l'ensemble des dispositifs.

L'accompagnement proposé en LHSS, LAM et ACT

<u>L'accompagnement social</u>	<u>L'accompagnement médical</u>
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'accès aux droits, ○ L'accompagnement vers la culture et les loisirs, ○ L'accompagnement des personnes migrantes. <p>→ participation à l'accompagnement aux rdv médicaux et au sujet de la prévention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observance des traitements, ○ Soins infirmiers ○ Surveillance médicale ○ Coordination des parcours de soins <p>→ on note une différence entre les ACT avec les LHSS et les LAM.</p>

La participation des personnes accompagnées s'exprime par la mise en place de conseil de vie sociale (71%) et de groupes de paroles (44%).

RECOMMANDATIONS

- Réflexion autour des financements pour homogénéiser les pratiques avec des modalités plus pérennes,
- Soutenir la diversification et la valorisation des professions au sein des équipes tels que la médiation en santé,
- Développer des temps et lieux pour favoriser les échanges entre les professionnel-le-s de ces dispositifs, en y associant d'autres secteurs pour favoriser l'interconnaissance,
- Renforcer l'offre de formation et l'accès à l'analyse de pratiques pour accompagner les professionnel-le-s dans leurs pratiques.

- Soutenir les projets pour favoriser la participation des personnes accompagnées en développant notamment la pair-aidance comme il peut déjà exister dans certains dispositifs.

Accompagnement des personnes en situation de précarité vieillissante

- une grande majorité des structures est confrontée au vieillissement des personnes accompagnées,
- 33% des équipes, toutes confondues, dont 60% de l'équipe médicale sont formées au sujet du vieillissement,
- Un partenariat avec le secteur gérontologique, en majorité les EHPAD, les SSIAD et les résidences autonomes, est à renforcer.

RECOMMANDATIONS

- Améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires vieillissantes,
- Améliorer les compétences et les connaissances des professionnel·le·s et développer la coopération intersectorielle.

Santé mentale des personnes accompagnées

- les problématiques de santé mentale sont très souvent rencontrées par les professionnel·le·s,
- 60% des équipes ; toutes confondues, dont 79% de l'équipe médicale sont formées à la santé mentale,
- Des partenariats construits, en majorité avec le secteur de la psychiatrie et les EMPP, mais pas toujours simple avec un secteur connaissant des difficultés structurelles.

RECOMMANDATIONS

- Renforcer les liens entre les acteurs de l'exclusion avec les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie en soutenant les partenariats,
- Soutenir la formation de l'ensemble des professionnel·le·s pour favoriser un repérage et une orientation le plus en amont possible,
- Développer le sujet du rétablissement et de la pair-aidance en s'appuyant sur les expériences existantes.

La sortie des dispositifs

- Les LHSS orientent en majorité vers les CHRS, les ACT en majorité vers le logement ordinaire (ou chez un tiers) et les LAM vers les EHPAD.

<u>Les freins à la sortie</u>	<u>Les leviers identifiés</u>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Situation administrative de la personne ○ Manque d'une offre suffisante et adaptée ○ Méconnaissance du public en situation de précarité générant des représentations négatives 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le maillage territorial : les répondants prennent une part active en participant aux instances telles que les CLS, CLSM, CPTS, PTSM, etc... ○ Les modalités d'accès au logement : recours aux demandes de logement social (76%), sollicitation du SI SIAO (59%) et les recours DALO (42%).

RECOMMANDATIONS

Partenariats

- Accompagner les dispositifs dans la construction et la formalisation des partenariats, sans amener une lourdeur dans le fonctionnement,
- Dédié un temps spécifique à la coordination aux seins de ces dispositifs pour mieux coordonner les parcours des personnes accompagnées et participer aux instances partenariales.

Logement



- Adapter l'offre de droit commun aux spécificités du publics avec notamment des actions pour faire évoluer les représentations et lutter contre les discriminations,
- Réfléchir à une organisation, adaptée à chaque territoire et aux acteurs locaux, de la régulation à l'entrée et à la sortie des dispositifs,
- Soutenir les acteurs dans leurs actions favorisant l'orientation des personnes et l'anticipation des ruptures dans leur parcours.

La Mesure 27 du Ségur de la santé

→ Les répondants identifient majoritairement la mise en place sur leur territoire dont le renfort de place LHSS (63%), les EMPP (60%) et les EMPS (54%),

→ Une réponse considérée adaptée aux besoins du public avec une satisfaction mitigée sur la revalorisation salariale et le déploiement territoriale avec notamment l'exclusion de certains dispositifs.

RECOMMANDATIONS

- Améliorer la visibilité des politiques publiques et de leurs déploiements pour favoriser une couverture égale sur les territoires,
- Renforcer les cadres légaux permettant les expérimentations et la pérennisation de certains dispositifs tels que les LHSS périnatalité.

Les attentes vis-à-vis de l'État

→ Créer de **nouvelles places** et **renforcer les moyens humains**, 20% des attentes

→ Renforcer le **partage d'expériences** entre les LHSS, LAM et ACT, 17% des attentes

→ Proposer des **rencontres régionales**, 15% des attentes

→ Inciter le **pilotage croisé** entre les ARS et DREETS, entre autres, 11% des attentes

→ Développer des moyens humains dévolus à **la formation** et à **l'analyse de pratique**

→ Développer des **moyens logistiques et techniques** pour accompagner les établissements, 10% des attentes

RECOMMANDATIONS

- Renforcer l'accompagnement global des personnes en situation de précarité en soutenant le partage de connaissance et l'interconnaissance entre les acteurs pour améliorer le maillage territorial,
- Soutenir les solutions pour fluidifier les parcours des personnes en situation irrégulière ou à droits dit incomplets,
- Participer au décroisement avec le secteur sanitaire notamment certaines spécialités,
- Renforcer les cadres légaux permettant les expérimentations et la pérennisation de certains dispositifs tels que les LHSS périnatalité.



SOMMAIRE

Introduction	2
Synthèse de l'enquête et recommandations	3
Présentation des répondants	7
1. Répartition géographique des réponses	7
2. Organisation des structures	7
3. Financement et les modes de sollicitations	7
L'amont et l'aval de l'admission	8
1. Les principaux orienteurs	8
2. L'admission au sein des dispositifs	8
a. Les motifs de refus à l'admission	9
b. Les facteurs bloquants et les leviers à l'orientation	9
3. L'importance de la participation aux instances partenariales	11
Identification de l'accompagnement des dispositifs	12
1. La composition des équipes et l'accompagnement effectué	12
a. Les principaux professionnels au sein des dispositifs	12
b. Les accompagnements proposés	12
Participation	14
1. Les organisations mises en place pour l'expression des personnes accompagnées	14
Vieillesse	16
1. Plus de la moitié des répondants concernés	16
a. La formation à l'accompagnement des personnes âgées concerne d'avantage l'équipe médicale et paramédicale	16
b. Secteurs gérontologiques : un partenariat à renforcer	16
Santé mentale : une préoccupation centrale	18
1. La santé mentale concerne une grande partie des répondants	18
a. La santé mentale interpelle l'ensemble des équipes	18
b. Des partenariats construits avec un secteur en tension	18
La sortie des dispositifs et l'importance du maillage territorial	20
1. Une disparité dans les orientations les plus fréquentes	20
2. Les freins à l'orientation de la personne	20
a. La participation au maillage territorial	21
b. Modalité d'accès au logement	22
Retour des répondants sur la mesure 27 du Ségur	24
1. Retour sur les dispositifs mis en place par la Mesure 27	24
2. Les répondants ayant recourus à la Mesure 27	25
Les attentes des répondants vis-à-vis de l'État	27

PRÉSENTATION DES RÉPONDANTS

1. Répartition géographique des réponses

	LHSS	ACT	LAM	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	14	12	2	28
Bourgogne-Franche-Comté	3	5	1	9
Bretagne	4	5	0	9
Centre-Val de Loire	2	0	1	3
Grand Est	5	0	0	5
Guyane	2	2	0	4
Hauts-de-France	4	1	0	5
Île-de-France	3	6	3	12
Normandie	5	2	1	8
Nouvelle-Aquitaine	6	0	0	6
Occitanie	4	0	0	4
Pays de la Loire	3	0	0	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	4	1	8
Total général	58	37	9	104

2. Organisation des structures

Lorsqu'une structure est rattachée à un établissement, c'est en majorité à un CHRS pour les LHSS (53% répondants) et les ACT (31% répondants) et à un LHSS pour les LAM (60% répondants).

Nous notons également une part importante des structures, notamment des LHSS (72% répondants), et à moindre mesure des LAM (55% répondants) et des ACT (43% répondants), qui ont recours à la mutualisation concernant les ressources humaines. Cela peut représenter de 1 à 6 ETP jusqu'à plus de 20 ETP ce qui peut s'expliquer par la nécessité de mutualiser certains coûts pour assurer, ou se rapprocher, d'un équilibre budgétaire¹.

3. Financement et les modes de sollicitations

L'ARS est le principal financeur de ces trois dispositifs qui font leur demande par :

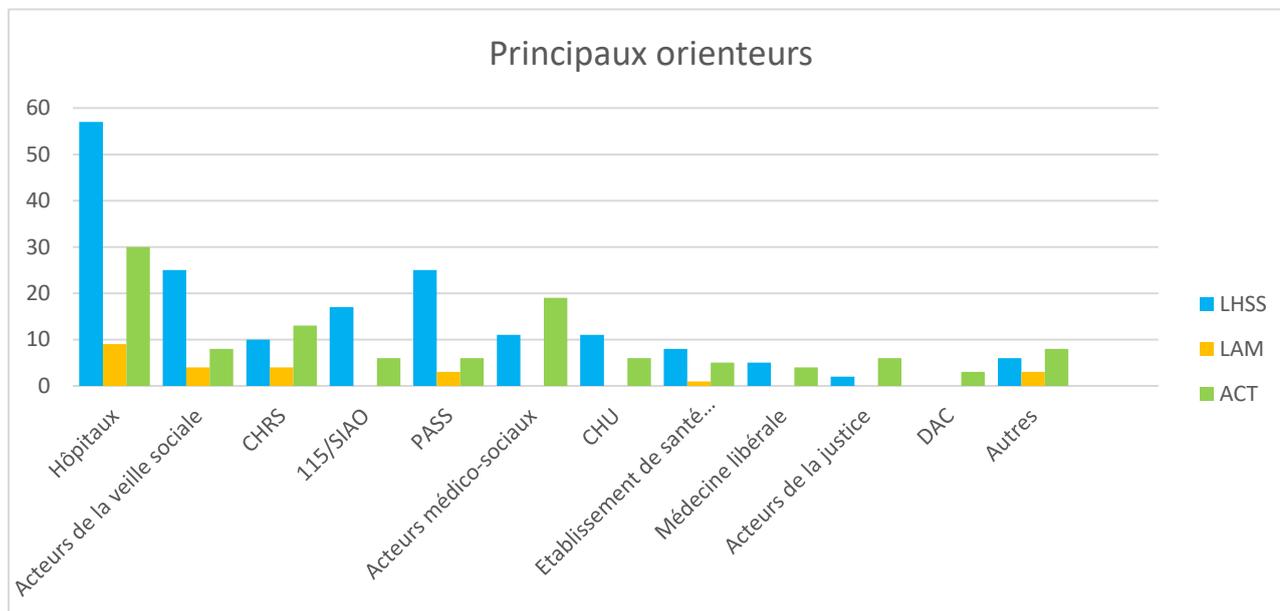
- des appels à projet (32% des réponses),
- dans la cadre d'un CPOM (12% des réponses),
- des demandes de subvention annuelle (55% des répondants),
- des dotations globales ou budget annuel pérenne (12% des répondants).

D'autres financeurs peuvent être également sollicités comme les DDETS (4 répondants), la DIHAL (2 répondants), les collectivités locales (4 répondants) ainsi que des donateurs privés (5% dont une fondation).

¹ DGCS-1788, Évaluation du dispositif des LHSS, janvier 2013, p.130.

L'AMONT ET L'AVAL DE L'ADMISSION

1. Les principaux orienteurs



Les personnes concernées sont principalement orientées par les hôpitaux, les PASS et les acteurs de la veille sociale ainsi que les acteurs du médico-social sauf dans le cas des LAM. Des organisations locales orientent également les personnes vers ces trois dispositifs :

- Pour les LHSS : les équipes mobiles, les CADA, l'HAD et les points santé
- Pour les LAM : les organismes de tutelle et les LHSS peuvent orienter
- Pour les ACT : les Services intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO), les conseils départementaux et les infirmiers-ères libérales-aux.

Les points santé, un dispositif breton²

Les points santé sont des lieux d'accueil de jour proches des centres villes ou facilement accessibles en transports en commun et dans des lieux bien identifiés par les publics. Ils constituent une interface facilitant le lien avec les dispositifs de droit commun, tout en proposant une prise en charge des petits soins et de la souffrance psychique. Ces lieux concourent également aux démarches de prévention et de promotion de la santé auprès des publics qu'ils accueillent.

Les professionnels qui interviennent dans les points santé sont principalement des infirmières et des psychologues.

2. L'admission au sein des dispositifs

Les demandes sont traitées dans un cadre défini par les structures avec en grande partie un dossier d'admission à constituer et l'organisation d'une commission d'admission.

La décision finale pour admettre une personne relève le plus souvent du ou de la directeur-riche avec le médecin de la structure (29% pour les LHSS et 55% pour les LAM). On note que le-la directeur-riche est le second à prendre cette décision en LHSS. En LAM, la prise de décision semble se répartir équitablement entre la

² ARS Bretagne, *Répertoire des dispositifs en santé précarité*, 2015, p.4.

direction, les médecins et l'ensemble de l'équipe. En ACT en revanche c'est une décision prise avec l'ensemble de l'équipe (30% des répondants) ou par la direction (22% des répondants). Il est très rare que l'admission soit faite par un seul professionnel, médical ou administratif.

Une liste d'attente est souvent mise en place, tous dispositifs confondus. Sur le sujet de la régulation, certains ont des orientations via un guichet unique mais cette modalité est encore peu utilisée. Seulement 10% des LHSS y ont recours, 22% des LAM et 30% des ACT.

a. Les motifs de refus à l'admission

Le premier motif le plus récurrent est le manque de place des dispositifs pour accueillir une nouvelle personne. Cela peut être en raison d'une demande forte mais également des durées de séjours qui peuvent être longues dû aux difficultés relatives à la sortie des personnes.

Le second motif est la situation médicale de la personne, hormis pour les LAM, où l'état de santé ne justifie pas une prise en charge.

A la notification du refus, 55,2% des LHSS, 44,4% des LAM et 54% des ACT proposent une orientation à la personne notamment vers les LAM et les ACT ainsi que vers la vieille sociale et l'hébergement

b. Les facteurs bloquants et les leviers à l'orientation

En comparaison à l'étude menée en 2019³, les facteurs bloquants recensés en majorité étaient le statut administratif de la personne et le manque de places dans les structures d'aval. Elles le sont également en 2023.

Concernant le statut administratif, il peut rendre la prise en charge complexe lorsque la personne n'a pas de droits ouverts, un statut administratif précaire, ou en situation irrégulière. Effectivement, l'accès à certains dispositifs comme les résidences sociales, les pensions de famille, Un Chez Soi d'Abord et certains établissements (EHPAD, FAM, MAS, etc.) est possible uniquement si la personne a un statut administratif régulier. La FAS réitère ici sa volonté de permettre l'accès au séjour des personnes vieillissantes non-expulsable.

On peut noter une divergence concernant les LHSS où le troisième facteur bloquant est l'acceptation de la personne à l'orientation contrairement aux ACT et LAM.

Le facteur le moins important est le motif financier où le reste à charge ne motive pas un refus de la personnes concernées

A contrario, les facteurs favorisant l'orientation identifiés sont les suivant⁴ :

LHSS	Favorisant	Réellement mis en place
Bien connaître et rencontrer régulièrement les partenaires de son territoire	95% <i>81% en 2019</i>	86% <i>56% en 2019</i>
Organiser des visites de la structure d'aval avec les personnes accompagnées	86% <i>53% en 2019</i>	74% <i>50% en 2019</i>
Avoir un centre d'hébergement adossé à l'établissement	84%	67%

³ FAS, *Etude LHSS LAM ACT*, 2019, p.12.

⁴ Concernant les facteurs favorisant, une comparaison avec les données de 2019 est proposée lorsque les facteurs identifiés sont identiques.

LAM	Favorisant	Réellement mis en place
Bien connaître et rencontrer régulièrement les partenaires de son territoire	100% <i>100% en 2019</i>	67% <i>67% en 2019</i>
Organiser des visites de la structure d'aval avec les personnes accompagnées	100% <i>100% en 2019</i>	89% <i>100% en 2019</i>
Poursuivre l'accompagnement de la personne sur une durée limitée après la sortie de l'établissement	89%	78%
Développer des postes de chargé.e.s de mission pour faire le lien entre le secteur accueil-hébergement-insertion et les établissements personnes âgées/personnes handicapées	89%	22%

ACT	Favorisant	Réellement mis en place
Bien connaître et rencontrer régulièrement les partenaires de son territoire	97% <i>75% en 2019</i>	89% <i>45% en 2019</i>
Organiser des visites de la structure d'aval avec les personnes accompagnées	76% <i>60% en 2019</i>	65% <i>40% en 2019</i>
Poursuivre l'accompagnement de la personne sur une durée limitée après la sortie de l'établissement	92% <i>70% en 2019</i>	84% <i>55% en 2019</i>

Depuis l'enquête réalisée en 2019, on voit une identification différente de certains facteurs ainsi qu'une progression dans celles déjà repérées. L'écart entre ce que considère les répondants comme bonnes pratiques et celles mise en œuvre se réduit, hormis pour les LAM concernant l'organisation de visites en aval avec la personne accompagnées.

Cette progression peut s'expliquer d'une part, par l'augmentation des dispositifs dits mobiles qui permettent aux équipes d'aller vers les personnes en situation de précarité avec notamment le renfort octroyé par la Mesure 27 du Ségur de la Santé, et dans le cadre de la précédente stratégie de lutte contre la pauvreté qui confortent cette organisation. D'autre part, la composition des équipes, les professionnel-le-s et leur formation (voir focus santé mentale et personnes vieillissantes) permettent une prise en charge globale de la personne. Des métiers en expansion, comme celui de médiateurs et médiatrices en santé, favorisent le lien avec le droit commun et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder⁵.

Cependant, il est constaté l'embolisation des dispositifs par manque de places où les professionnel-le-s s'adaptent pour éviter les sorties dites « sèches », sans solutions pérennes, pouvant alors engendrer des difficultés dans la fluidité des parcours. Cette difficulté est d'autant plus complexe pour les personnes vieillissantes et/ou en situation d'handicap.

Les postes de coordination et/ou de chargé.e-s de mission pour faire le lien entre les structures de l'AHI et les secteurs cités est un des facteurs favorisant l'orientation mais très peu mis en place. La communication est définie comme indispensable pour nourrir le réseau partenaire et pour repérer les missions des dispositifs par

⁵ HAS, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, octobre 2017, p.9.

certaines répondants. Ces deux leviers demandent de mobiliser des ressources humaines et financières afin de construire ces partenariats et de les faire vivre.

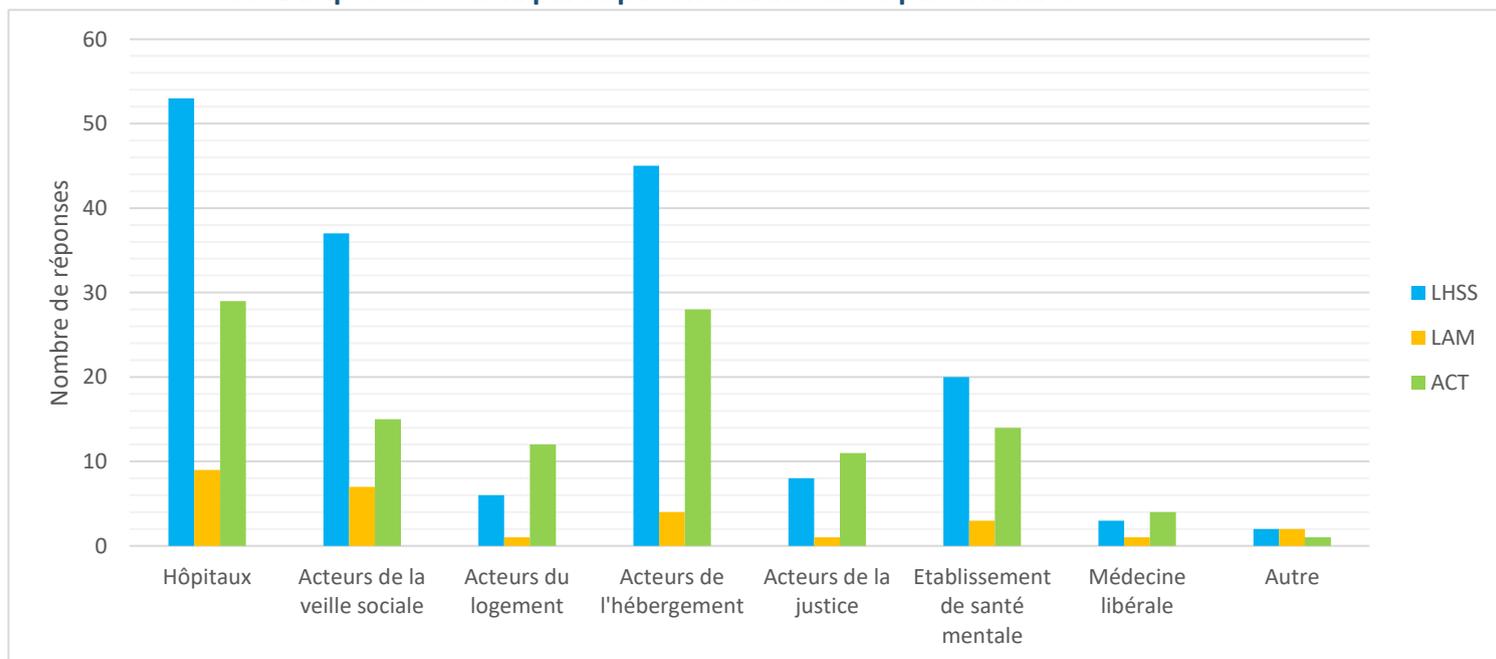
La médiation en santé

Selon le dernier rapport de l'Igas⁶, la médiation en santé se définit comme le « processus relationnel qui concourt à la résorption d'inégalités sociales de santé grâce à sa fonction d'interface entre public vulnérables et acteurs de santé ».

La médiation en santé permet à la personne d'accéder aux services de santé et aux droits en intervenant aux différentes étapes du parcours et ainsi d'éviter les ruptures. Elle participe également à la prévention et promotion de la santé globale de par ses actions de repérage, de dépistage. Les lieux d'intervention des médiatrices et médiateurs en santé sont divers : centre de santé, maison de santé, association, établissements de santé, CCAS, etc...

Métier dont la reconnaissance est récente, la mission recommande d'inscrire le métier de médiatrices et de médiateurs en santé dans le code de la santé publique permettant une reconnaissance statutaire et d'un cadre déontologique pour la formation.

3. L'importance de la participation aux instances partenariales



Comme évoqué, l'inscription des dispositifs dans les instances des acteurs de leur-s territoire-s est une condition pour favoriser l'interconnaissance et leur identification comme acteurs du système de santé. L'ensemble des dispositifs participent à des commissions partenariales et entretiennent des liens non formalisés avec leurs partenaires.

Les répondants se considèrent être bien identifiés par les hôpitaux, les acteurs de l'hébergement et de la veille sociale. On voit une différence pour les secteurs du logement et de la justice où se sont les ACT qui estiment être mieux identifiés. Quelques répondants vont également vers les collectivités territoriales comme les services sociaux des départements.

Le lien avec les professionnel-le-s du secteur libéral est à améliorer notamment par le déploiement des Communautés professionnelles Territoriale de Santé qui peut être le lieu facilitant les projets avec ce secteur et d'autres acteurs tels que les établissements de santé, les associations de personnes concernées, etc.

⁶ Igas, *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, juillet 2023, 129p.

IDENTIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES DISPOSITIFS

La durée moyenne de séjour des personnes est :

LHSS	De 2 à 6 mois pour la majorité, plus courte 2 mois et la plus longue 18 mois
LAM	De 11,5 à 26 mois, plus courte 6 mois et plus longue 96 mois
ACT	de 12 à 18 mois, plus courte 2 mois et plus longue 36 mois.

1. La composition des équipes et l'accompagnement effectué

a. Les principaux professionnels au sein des dispositifs

Le nombre de répondants à cette question fluctue en fonction des postes proposées.

La composition de l'équipe est plutôt identique concernant les chef·fe·s de service, les médecins, les auxiliaires de vie, les secrétaires et les intervenants sociaux, surtout présent en LHSS. On note des différences pour les métiers d'aide-soignant·e·s (peu présent en LHSS), de technicien·ne·s de surface (peu présent en ACT) et de psychologues (peu présent en LHSS). Concernant le poste d'animateur·rice, on retrouve peu ce professionnel au sein des équipes hormis en LAM (présence à 31% en LHSS, 66% en LAM et 23% en ACT).

On retrouve les coordinateurs·rices surtout présentes en LHSS (10 sur 33 répondants pour cette question) ainsi que les infirmiers·ières.

L'enquête a également mis en lumière d'autres types de professions, notamment pour les LAM et les ACT, sujet qui serait potentiellement à approfondir.

Les établissements étant ouverts en continue, 24h/24 tout au long de l'année⁷, certaines structures se sont dotées de personnels présents la nuit. Concernant les LAM, cela est une obligation mentionnée dans les textes en vigueur. Ces professionnel·le·s sont présent·e·s dans 87% des LHSS (contre 69% en 2019), 100% des LAM et 18% des ACT (contre 15% en 2019).

b. Les accompagnements proposés

Il a été mis en lumière deux types d'accompagnement : l'accompagnement social et l'accompagnement médical, permettant de mieux illustrer la prise en compte globale de la personne et de son parcours.

Concernant l'accompagnement social, l'accès aux droits a une place majeure dans la pratique des professionnel·le·s. L'accompagnement vers la culture, les loisirs est aussi central dans les trois dispositifs ainsi que l'accompagnement des personnes migrantes où les professionnel·le·s peuvent avoir recours à l'interprétariat. On note une différence sur l'accompagnement vers l'emploi qui est surtout travaillé avec la personne en ACT et en LHSS.

En complément, les structures répondantes remontent, la participation des professionnel·le·s du social dans le parcours de santé de la personne qui se matérialise par un accompagnement aux rendez-vous médicaux ou qui porte sur différents aspects liés à la santé : addiction, hygiène, santé mentale (notamment la notion de rétablissement,) ainsi qu'à la vie en collectif.

La culture

Au sein du réseau de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), il existe une mission Culture nationale soutenue par le ministère de la Culture pour qui a pour enjeux de mieux intégrer les pratiques culturelles et artistiques et les droits culturels dans l'accompagnement social global. La Fédération des acteurs de la solidarité se reconnaît dans la définition de la culture de la déclaration de Fribourg relative aux droits culturels, selon laquelle « le terme de culture recouvre les valeurs, les croyances, les convictions, les langues,

⁷ Article D.312-176-1 pour les LHSS et LAM et article 312-154 pour les ACT.

les savoirs et les arts, les traditions, institutions et modes de vie par lesquels une personne et/ou un groupe exprime son humanité et les significations qu'il donne à son existence et à son développement ».

Pour la FAS, la participation à la vie culturelle et les projets culturels (incluant donc les loisirs, le sport, les vacances etc.) sont des outils d'intervention sociale à part entière et sont des leviers favorisant la confiance en soi et le lien social. Ces projets culturels contribuent à redonner du sens et de l'intérêt aux métiers de l'intervention sociale, permettent l'ouverture et le développement de partenariats pour les établissements du réseau et ont impact collectif sur la société notamment en matière de déstigmatisation des publics et de nos établissements.

Dans le réseau, de nombreux adhérents mènent des projets artistiques et culturels, même si le portage de ces actions reste assez hétérogène et dépendant de moyens financiers ou humains, souvent fluctuants.

Pour soutenir le réseau sur la question culturelle, la FAS porte propose plusieurs outils :

- Un groupe d'appui national culture représentant la diversité du réseau, lieu d'échanges de pratiques, de réflexions et de construction d'outils et actions.
- Le soutien aux projets socioculturels via le FILE – Fonds d'initiatives locales contre l'exclusion, et parfois via d'autres appels à manifestation d'intérêt.
- Le programme Respirations : un programme incarnant le plaidoyer culture de la FAS en favorisant l'interconnaissance entre monde du social, de la culture et de l'éducation populaire, encourageant la formation des intervenant-es sociaux-ales et encourageant le montage de projets culturels pour les personnes en situation de précarité.
- Le programme d'aides aux projets vacances « Vacances pour tou.te.s » en partenariat avec l'ANCV (Agence Nationale des Chèques Vacances).
- Le portage de l'agrément Service Civique pour accueillir des volontaires missionnés sur le développement de projets culturels et citoyens.

Pour l'équipe médicale et paramédicale, les missions et caractéristiques des dispositifs peuvent s'illustrer à travers les principaux accompagnements identifiés, avec certains en commun.

En ACT, ayant un rôle plus porté sur la coordination des parcours de soins, l'équipe va accompagner la personne dans l'observance de traitement, l'élaboration du projet de soin et l'éducation thérapeutique.

Les LHSS et les LAM, ayant un rôle ici de prise en charge de l'état de santé, vont se rejoindre sur les soins infirmiers et la surveillance médicale dans l'accompagnement proposé. L'observance des traitements se retrouvent également.

Les LAM se distinguent par l'accompagnement à la fin de vie, où 89% des répondants l'identifie comme principale dans leur pratique.

Dans la pratique des équipes médicales, il est observé que l'ensemble des dispositifs recours à des moyens de partage de données médicales (seulement 15% des LHSS et 8% des ACT n'y recours pas) tels que des messageries sécurisées, des logiciels métiers spécifiques et la mise en place de procédures, permettant parfois l'accès à certaines informations aux autres professionnel-le-s de la structure ainsi que les partenaires de santé extérieurs comme l'hôpital.

La FAS soutient l'importance d'un plan d'action pour stabiliser les équipes présentes dans ces dispositifs pour garantir le bon fonctionnement des structures et un accompagnement global des personnes en situation de précarité. Les difficultés de recrutement, que ce soit dans le secteur social et médical, et la dégradation des conditions de travail démontrent qu'il est primordial de reconnaître l'ensemble des professions intervenant auprès des publics en situation de précarité en poursuivant la revalorisation salariale et statutaire ainsi que le renfort, l'amélioration et des formations et leur valorisation.

PARTICIPATION

Règle en vigueur : Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Pour atteindre ces orientations, plusieurs outils sont obligatoires dans les établissements et services médico-sociaux :

- Le livret d'accueil (circulaire du 24/03/2004)

Il se conçoit pour accueillir la personne qui va se trouver en relation avec l'établissement. Il ne s'agit pas d'une plaquette ou d'un livret d'information. C'est un livret prévu pour garantir le droit des personnes accueillies. Le texte de loi précise bien que le livret d'accueil ait d'abord pour fonction de prévenir tout risque de maltraitance. Il comporte obligatoirement la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement intérieur de fonctionnement de l'établissement.

- La charte des droits et des libertés de la personne accueillie (arrêté du 08/09/2003)

Elle doit être annexée au livret d'accueil fourni aux personnes accueillies lors de leur arrivée.

- Le contrat de séjour (Décret du 26 novembre 2004)

Il doit être signé avec l'utilisateur ou son représentant légal pour tout séjour supérieur à deux mois. En cas de non-signature pour la personne accueillie ou dans les cas prévus par la législation en vigueur, un document individuel de prise en charge est établi. Ces documents sont réalisés à l'admission et révisés tous les ans. Il détermine les objectifs, la nature de la prise en charge, les détails des prestations ainsi que leur coût prévisionnel.

- L'existence d'un médiateur/conciliateur

Il intervient en cas de conflit entre l'utilisateur, son entourage, l'établissement. Le Préfet et le Président du Conseil général fixent la liste des conciliateurs qualifiés.

- Le règlement de fonctionnement (décret du 14/11/2003)

Il doit être lui aussi annexé au livret d'accueil fourni aux personnes accueillies lors de leur arrivée. Il aborde la dimension collective de l'établissement et définit les droits et devoirs des personnes accueillies. Ce document est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel et des instances participatives des usagers et de leurs familles (CVS). Il est modifié, au plus tard, tous les cinq ans. Le projet d'établissement ou de service. Il comprend la description des services, l'organisation, le fonctionnement, les coordinations et coopérations et l'évaluation. Avec cette loi, le projet d'établissement devient une garantie de droit pour la personne accueillie. Il est établi pour cinq ans, après avis du Conseil de la Vie Sociale. L'organisation est au service de l'intérêt de l'utilisateur, il se fonde sur trois points : les références théoriques et valeurs qui sous-tendent l'action ; le cadre légal et réglementaire définissant la mission de l'établissement et les moyens engagés et disponibles. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. (Article L311-8).

- Le Conseil à la vie sociale (CVS - décret du 25/03/2004)

Le rôle de cette instance est d'informer les résident-e-s de tout ce qui a une incidence sur les conditions de vie et d'être le moyen pour eux de participer davantage, de s'exprimer, de communiquer, d'agir ensemble, de proposer les mesures à prendre, d'exprimer les doléances et suggestions des usagers, de débattre sur les projets. Lorsque le CVS n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation des usagers.

1. Les organisations mises en place pour l'expression des personnes accompagnées

Pour permettre de recueillir l'expression des personnes accompagnées, plusieurs dispositions existent :

- Les Conseils de vie sociale : 67% en LHSS (contre 34% en 2019), 67% en ACT (20% en 2019) et 78% en



LAM (33% en 2019) ;

- Les groupes de parole : 53% en LHSS, 46% en ACT et 33% en LAM

D'autres formes de participation sont également présentées comme la participation à des instances (comité de pilotage, assemblée générale), des ateliers sur différentes thématiques, des enquêtes de satisfaction ou encore une assemblée des locataires

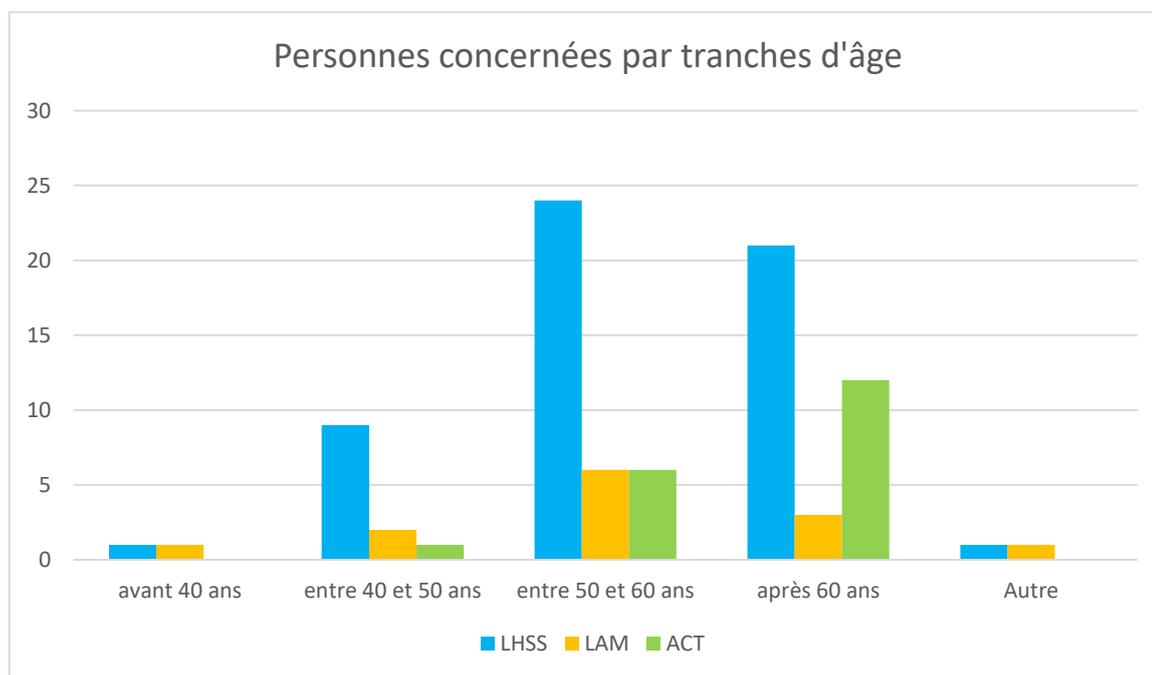
Les personnes accompagnées ont aussi la possibilité de contribuer à la vie collective en participant à certaines tâches de la vie collective de l'établissement. Ceci est proposé par 65% des LHSS, 55% des LAM et 32% des ACT.

VIEILLISSEMENT

Une très grande majorité des structures sont confrontées au vieillissement des personnes qu'elles accompagnent, dont le seul critère d'âge ne peut être retenu mais en prenant en compte un vieillissement souvent prématuré dû à un parcours de vie complexe. De plus, les structures ne sont pas toujours adaptées à cette population d'une part pour répondre à leurs besoins qui nécessite des professionnel-le-s spécifiques et d'autre part par la configuration des bâtiments qui parfois n'ont pas été pensés pour accueillir des personnes en perte d'autonomie.

1. Plus de la moitié des répondants concernés

Parmi le total des répondant-e-s, 57% accompagnent un public en perte d'autonomie liée au vieillissement : 65% des LHSS, 78% des LAM et 35% des ACT.



Deux actions pour s'adapter à cette situation ont été choisies dans ce questionnaire : la formation et les partenariats.

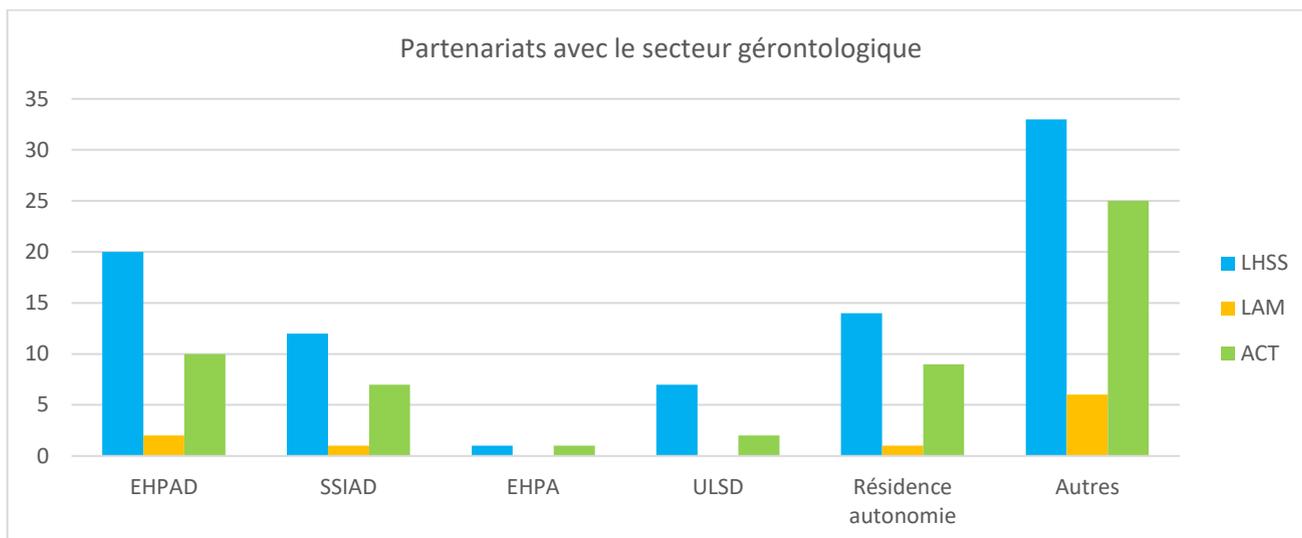
a. La formation à l'accompagnement des personnes âgées concerne d'avantage l'équipe médicale et paramédicale

Une part importante des équipes médicales en LHSS et en LAM sont formées (62% en LHSS et 67% en LAM) et un peu plus de la moitié en ACT (51%).

Les équipes administratives (moins de 15%) et les équipes sociales (32%) sont en moyenne formées à cet enjeu.

La FAS soutient ici la question de la formation à l'accompagnement de ce public pour agir plus précocement et adapter en conséquence la prise en charge.

b. Secteurs gérontologiques : un partenariat à renforcer



Dans les partenariats proposés aux répondants, les EHPAD et les résidences autonomies ainsi que les SSIAD sont des acteurs avec lesquels les dispositifs échangent, d'autant plus pour les LHSS et les ACT.

Parmi les autres acteurs auxquels les dispositifs ont recours, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), la mission « Interface » portée par le Samu social et « Via trajectoire » portés par les ARS sont cités. L'Hospitalisation à Domicile est également sollicitée.

Notons cependant que certains répondants indiquent n'avoir aucun lien avec ces partenaires spécialisés (26% des LHSS, 22% des LAM et 49% des ACT).

Le plaidoyer « Vieillesse et précarité »⁸

En 2022, un travail conjoint entre la FAS et la FEHAP autour d'un plaidoyer sur les enjeux de vieillissement auquel les personnes en situation de précarité sont concernées ont pu mettre en évidence des engagements autour de deux axes :

- Améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires vieillissantes
 - Accès aux droits et aux établissements spécialisés des personnes concernées,
 - Adaptation des conditions d'accompagnement des personnes précaires vieillissantes,
 - Aller-vers les personnes là où elles se trouvent
- Améliorer les compétences et les connaissances des professionnel·le·s et développer la coopération intersectorielle
 - Formation des professionnel·le·s, un levier sine qua none
 - Favoriser la coopération et la coordination dans les territoires.

Pour aller plus loin : [Plaidoyer vieillissement et précarité](#)

⁸ FAS, FEHAP *Plaidoyer Vieillesse et précarité*, 2022, 16p.

SANTÉ MENTALE : UNE PRÉOCCUPATION CENTRALE

Les personnes en situation de précarité sont les plus éloignées du système de santé en raison de barrières matérielles, financières, temporelles, et systémiques. Ce sont pourtant elles qui sont le plus touchées par les inégalités sociales de santé du fait de la prévalence parmi elles de certaines pathologies causées par des conditions de vie délétères pour leur santé physique et mentale, mais également en raison du non-recours et du renoncement aux droits et aux soins et des refus de soins dont elles sont victimes.

1. La santé mentale concerne une grande partie des répondants

Les problématiques de santé mentale sont très souvent rencontrées par les professionnel-le-s, tous dispositifs confondus, et repérées par les équipes médicales et sociales et aussi par les autres résidents (11 réponses) ou indiquées en amont de l'admission (5 réponses).

Cela peut amener les professionnel-le-s, à réinterroger leurs pratiques et modifier leur intervention afin de trouver des solutions pour que cela n'entrave pas le projet d'orientation de la personne vers des structures d'hébergement ou de logement⁹. Les leviers sont alors la formation des intervenant.e.s et la construction de partenariat.

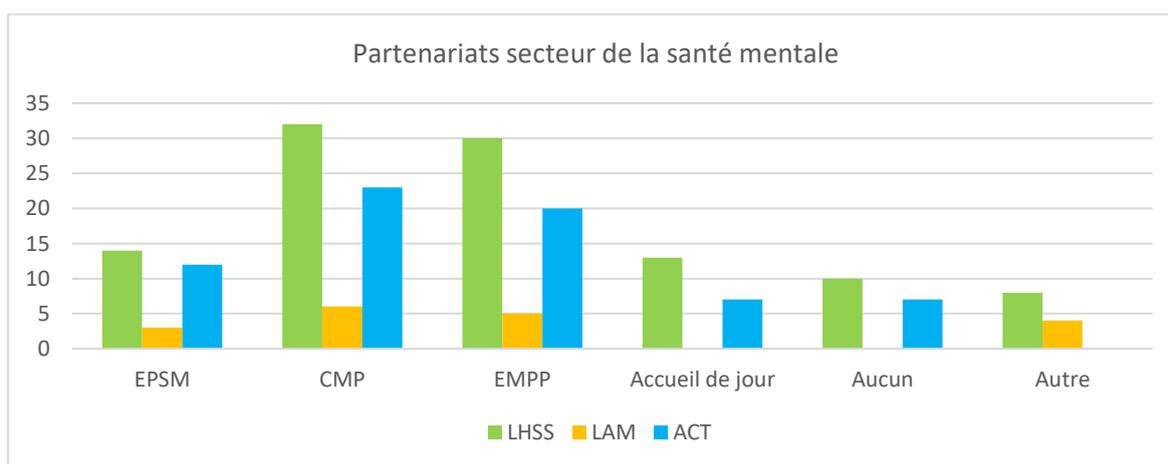
a. La santé mentale interpelle l'ensemble des équipes

Contrairement à la question du vieillissement, on observe que l'ensemble des équipes est sensibilisé à la santé mentale et d'autant plus les équipes médicales et paramédicales :

- Équipes administratives : 55% en LHSS, 44% en LAM et 5% en ACT ;
- Équipes médicales et paramédicales : 96% en LHSS, 89% en LAM et 51% en ACT ;
- Équipes sociales : 91% en LHSS, 89% en LAM et 22% en ACT.

Par la formation, les ressources internes peuvent être mobilisées par les équipes pour apporter une première réponse et identification des besoins en santé mentale. En dehors, les dispositifs ont construit des partenariats avec des acteurs du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.

b. Des partenariats construits avec un secteur en tension



Les structures ayant répondu ont établi différents partenariats en majorité avec le secteur de la psychiatrie comme les Établissements Publics de Santé Mentale, les Centre Médico-Psychologiques et les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité.

Parmi les autres acteurs peuvent être cités les PASS psychiatrique, le recours à des vacations de psychologues et de psychiatre et également un Groupe d'Entraide Mutuelle pour un répondant.

La Fédération soutient ses adhérents dans la sensibilisation en proposant des formations et en facilitant

⁹ FAS, *Précarité et santé mentale, repères et bonnes pratiques*, 2010, p.6.

également le recours à ses partenaires tels que les Premiers Secours en Santé Mentale et les formations proposées par Osperre-Samdara. La participation des personnes concernées par la santé mentale est également à soutenir avec par exemple la valorisation de la pair-aidance et sa reconnaissance.

L'expérience du centre de santé mentale du Réseau Louis Guillou

Depuis janvier 2023, le centre de santé mentale du Réseau Louis Guillou propose du soin en santé mentale à destination des enfants, adolescents et des adultes, en situation de grande précarité et/ ou d'exil, dont les caractéristiques sociales sont peu ou pas prises en compte dans le droit commun en santé mentale, ce qui leur empêche un accès effectif à ces soins.

Une équipe pluridisciplinaire (accueillante, psychologue, psychiatre, pédopsychiatre, IDE, travailleuse sociale) reçoit et suit les personnes en demande d'un accompagnement spécifique, dans leur langue maternelle si besoin.

Le centre accueille également des personnes souffrant de trouble post traumatique lié à la migration et/ou de détresse psychosociale, qui sont éligibles à des soins dans le droit commun mais qui n'y accèdent pas de manière effective :

- Personnes sans droit à l'assurance maladie
- Personnes ne maîtrisant pas le français, présentant des besoins en interprétariat non pourvus
- Inadéquation du secteur de psychiatrie d'attribution et du lieu de vie de la personne
- Troubles attentionnels rendant difficile l'observance des rendez-vous dans le droit commun

Le centre de santé mentale n'ayant pas vocation à se substituer aux structures existantes, l'orientation vers une prise en charge par le droit commun sera privilégiée lorsqu'elle est possible.

Tous types de professionnel·le·s et accompagnant·e·s peuvent orienter des personnes au centre de santé mentale (travailleurs sociaux, médecins, soignant·e·s, bénévoles...) via les fiches de demande d'évaluation.

Le centre a aussi vocation à apporter un appui aux professionnel·le·s du territoire de l'Ille et Vilaine, en vue de permettre un meilleur accès aux soins en santé mentale pour les personnes en grande précarité et/ou exilées où une offre de formation est proposée sur l'accompagnement des personnes exilées, concernées par la santé mentale.

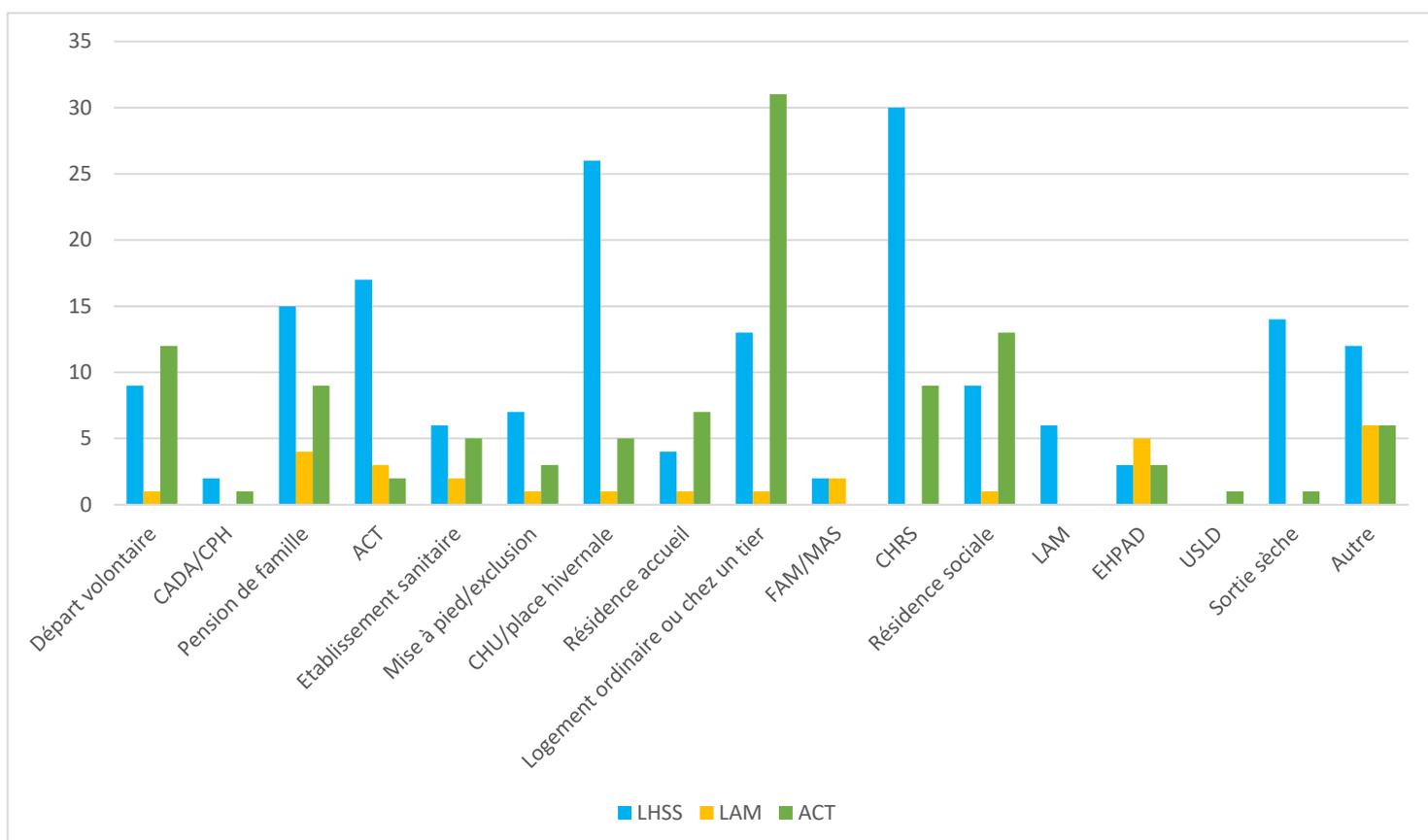
Pour aller plus loin : [Réseau Louis Guillou](#)

LA SORTIE DES DISPOSITIFS ET L'IMPORTANCE DU MAILLAGE TERRITORIAL

1. Une disparité dans les orientations les plus fréquentes

Les répondants ont pu être interrogés vers quels établissements ils orientaient le plus souvent pour la sortie des personnes accompagnées, où l'on voit des pratiques différentes d'un dispositif à l'autre :

- Les LHSS : en majorité, ils orientent vers les CHRS (52%), les places d'hébergement d'urgence (45%) et les ACT (29%) et notamment les ACT hors les murs ;
- Les LAM : ici, l'orientation est plus vers les EHPAD (55%), les pensions de famille (44%) et d'autres dispositifs (67%) comme l'intermédiation locative ;
- Les ACT : l'orientation se fait vers le logement ordinaire ou chez un tiers (84%) et vers les résidences



sociales (35%). Il y a également une part importante de départ volontaire (32%).

Les sorties dites « sèches » représentent 24% des sorties en LHSS. Cela illustre la répercussion du manque de places et de la complexité des situations des personnes accompagnées entraînant des difficultés dans la fluidité des parcours.

Accompagnant des situations de santé plus complexes, le décès de la personne en LAM est également remonté par quatre répondant sur neuf.

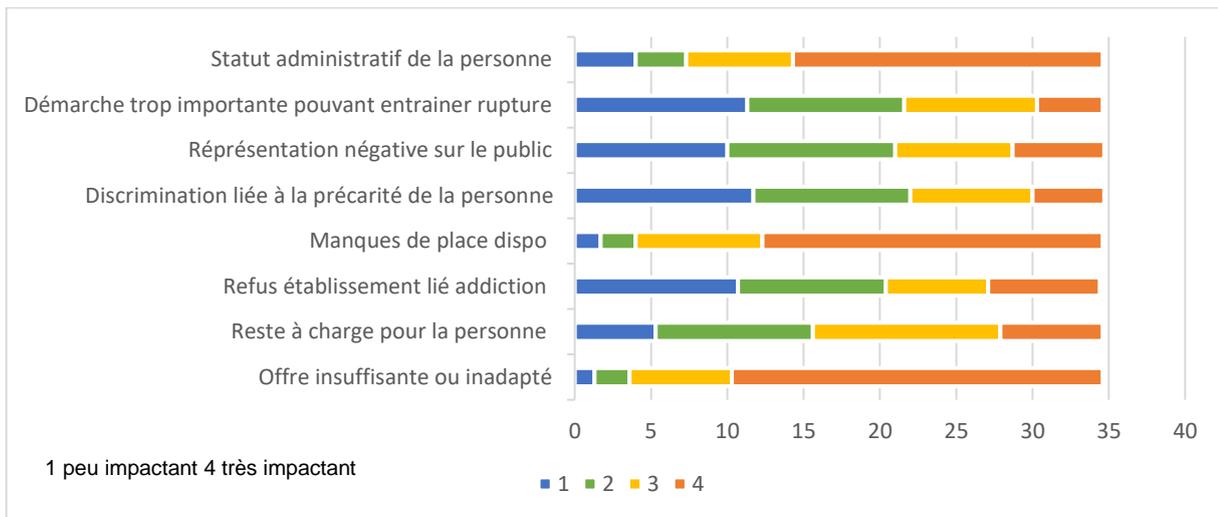
D'autres établissements comme les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les résidences seniors, l'incarcération ou la mobilité de la personne motivent la sortie.

2. Les freins à l'orientation de la personne

La durée de séjour en LAM et en ACT n'est pas limitée, la situation de l'état de santé de la personne conditionne celle-ci. Pour les LHSS, la durée prévisionnelle est de deux mois maximum, renouvelable, où l'état de santé est aussi une condition pour la sortie de la personne.

Pourtant, la durée moyenne montre que les situations peuvent être complexe où, souvent, les besoins de

santé peuvent s'améliorer a contrario d'une situation administrative qui rend l'orientation difficile.



Les répondants à l'enquête, interrogés sur les freins à cette orientation marquant la fin de la prise en charge, remontent que la situation administrative de la personne est très impactant.

L'environnement complexifie aussi l'orientation avec le manque d'une offre suffisante et adaptée aux situations des personnes en situation de précarité que ce soit en termes de logements abordables ou adaptés ou de places d'hébergement. La méconnaissance du public où les représentations négatives, les discriminations liées à la précarité de la personne et les personnes ayant des addictions ont également un impact sur l'acceptation de la personne par un autre dispositif.

La FAS soutient l'inconditionnalité de l'accueil et plaide pour l'adaptation des organisations aux besoins spécifiques des publics en situation de précarité pour éviter les ruptures de parcours et d'accompagnement. Elle plaide aussi pour la mise en œuvre d'un plan logement d'abord ambitieux qui passe par une production de logements abordables et des moyens renforcés d'accompagnement social.

Deux types d'actions ressortent de l'enquête comme pouvant répondre aux difficultés d'orientation à la sortie des dispositifs : la place dans le maillage territorial et le recours à certaines modalités pour l'accès au logement.

a. La participation au maillage territorial

L'organisation des politiques territoriales en santé publique

Les politiques publiques sont déployées et portées à différents niveaux des territoires à travers des dispositifs de coordination, prévue par la loi et soutenue par les tutelles étatiques, qui ont vocation à réunir les acteurs locaux pour l'appropriation des priorités définies.

En santé publique, on peut recenser au niveau départemental les Projets Territoriaux de Santé Mentale, les Dispositifs d'Appui à la Coordination et au niveau local les Contrats Locaux de Santé et les Conseils Locaux de Santé Mentale. Depuis 2016, créé par la loi de modernisation de notre système de santé tout comme les PTSM, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé se sont répandues où le périmètre géographique est défini par l'approche populationnelle.

À un niveau régional, deux instances, dont les Conseils Territoriaux de Santé et les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie, contribuent à la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

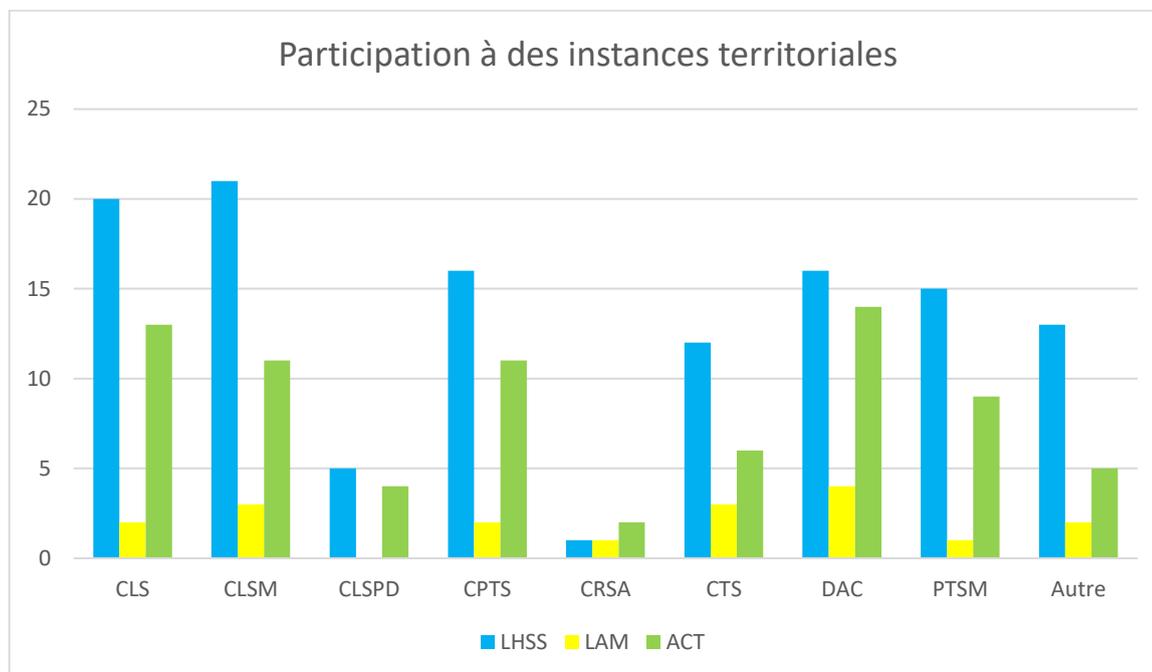
Dans ces dynamiques plurielles, les répondants prennent une part active en participant à ces instances pour la prise en compte des populations en situation de précarité et aussi contribuer à l'adaptation des organisations pour y répondre.

A la marge, certains participent au Conseil Locaux, ou Intercommunaux, de Sécurité et Prévention de la

Délinquance qui définit les priorités de lutte contre l'insécurité et la prévention dans une communes ou regroupement de communes.

La participation aux commissions locales comme celles des PASS ou des Comed est remontées.

La FAS, par son organisation et sa présence en région, est identifiée également via les commissions santé et les groupes de travail qui peuvent être mis en place comme ressources pour les répondants.

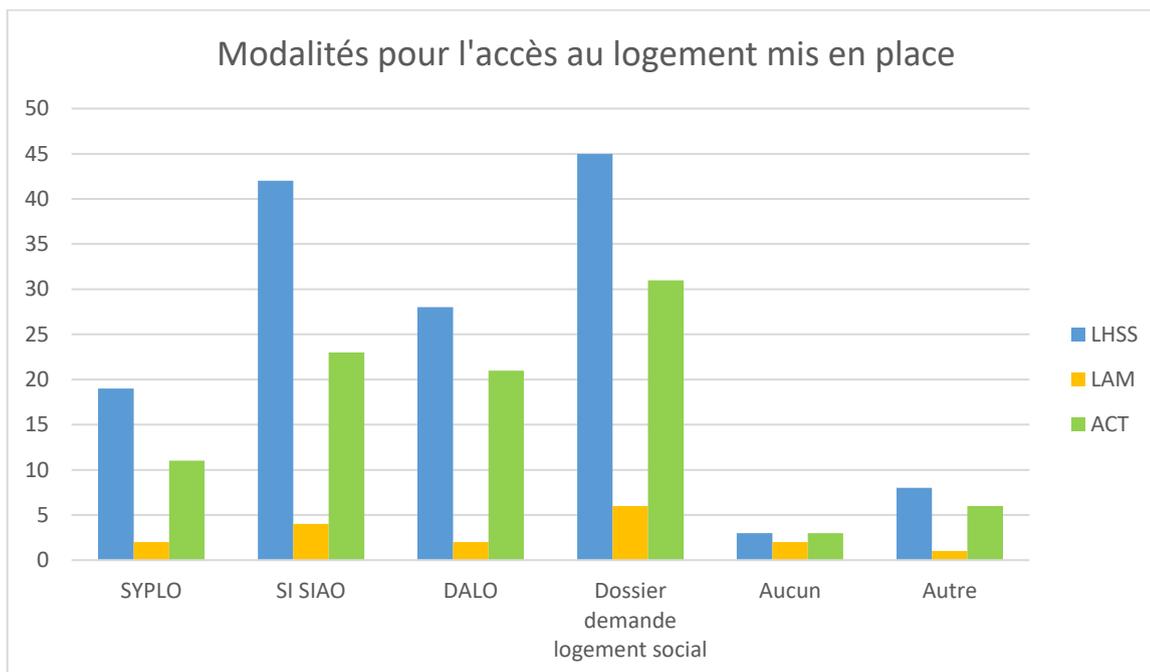


b. Modalité d'accès au logement

La Fédération des acteurs de la solidarité prône l'application de la philosophie du Logement d'abord dans les parcours d'accès au logement des ménages. En effet, la FAS est convaincue que le premier palier nécessaire à la réinsertion est l'orientation rapide des personnes vers un logement durable, corrélé, si la personne le souhaite, à un accompagnement social adapté à ses besoins et pouvant varier en intensité. L'objectif de l'accompagnement social est de sécuriser l'accès au logement du ménage, le soutenir dans son installation et lui permettre de s'y maintenir. L'évaluation de la bonne adaptation du niveau d'accompagnement est donc essentielle (type d'accompagnement, intensité, etc.).

L'accompagnement dans le cadre du Logement d'abord s'appuie sur les choix de la personne, sur ses compétences, prend en compte son environnement et les difficultés qu'elle rencontre (financière, sociale, santé mentale, santé physique, etc.). En effet, la personne est la plus à même de savoir ce qui est bon pour elle, d'évaluer ses difficultés et ses besoins d'accompagnement. L'accompagnement vers et dans le logement doit permettre d'accompagner la personne à se réapproprier son pouvoir d'agir sans substituer aux mesures d'accompagnement proposées par ailleurs dans l'offre sociale médico-sociale ou médicale.

Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que le logement est un droit fondamental pour lequel les seuls critères d'accès sont règlementaires (pour le logement social) et liés aux ressources. Aucun autre critère prédictif ne saurait préjuger de la « capacité à habiter ». Plusieurs solutions de logement existent, qu'elles soient « ordinaires » (accès au parc social ou au parc privé) ou adaptées (Résidences sociales, Pensions de famille, Maison Relai, Foyers de jeunes travailleurs, Intermédiation locative...). La solution de logement identifiée doit nécessairement correspondre au choix de de la personne : choix du logement, lieu, type, etc...



En réponse à un environnement qui se révèle problématique lors de l'orientation des personnes, les répondants, notamment les équipes sociales, recourent aux différentes modalités existantes pour que la personne accompagnée accède à un logement.

Dans le contexte actuel, caractérisé par une crise du logement d'envergure et par le manque de solutions de logement adaptées aux personnes rencontrant des problématiques de santé, les équipes sociales ayant répondu à l'enquête indiquent qu'elles font face à des difficultés au stade de l'orientation des ménages. En ce sens, afin de favoriser l'accès au logement des personnes accompagnées, elles se saisissent des différentes voies existantes :

- Dépôt de dossier de demande de logement social : 77% des LHSS, 67% des LAM et 84% des ACT ;
- Sollicitation des Service Intégré (SIAO) : 72% des LHSS, 44% des LAM et 62% des ACT ;
- Recours Droit au logement opposable (DALO) : 48% des LHSS, 22% des LAM et 57% des ACT ;
- Autres (Dossier de Réservation de l'État ; Demandes de relogement social prioritaire ; etc.)

Les répondants peuvent avoir également recours au Dossier de Réservation de l'État et aux demandes de relogement social prioritaire.

RETOUR DES RÉPONDANTS SUR LA MESURE 27 DU SÉGUR

La mesure 27 du Ségur

À partir de fin 2020, le Ségur de la Santé a souhaité apporter une réponse pour lutter contre les inégalités de santé accentuées par la crise sanitaire. Pour cela, des crédits pérennes ont été dédiés, 164 millions d'euros versés de 2021 à 2023. La mesure 27 du Ségur comprend la mise en place et le renforcement de dispositifs visant à lutter contre les inégalités de santé, à associer l'ensemble des acteurs, garantir une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) et recourir aux démarches d'aller-vers. Parmi les actions mises en place :

- Appui aux démarches d'aller vers des équipes mobiles pluridisciplinaires
- Renforcement des PASS et développement de PASS mobiles
- Création de nouveaux modèles d'équipes mobiles « santé & social » :
 - Équipes mobiles « santé précarité » : repérage, orientation et accompagnement des personnes vers le soin, sur la base d'un diagnostic sanitaire et social.
 - Équipes spécialisées en soins infirmiers « précarité » : soins infirmiers aux personnes vivant en structures d'hébergement, dans les lieux de vie alternatifs ou sur les campements.
- Renforcement de l'offre de LAM et LHSS : structures d'accueil, hébergement et prise en charge médico-sociale de personnes vulnérables sans domicile, en souffrance psychique ou confrontées à des problématiques d'addictions et échappant à l'offre classiquement proposée.
- Renforcement de l'offre en ACT : structures offrant un accompagnement global aux personnes (accompagnement aux rendez-vous médicaux, ouverture des droits etc.) sur le long terme (1 à 3 ans).

1. Retour sur les dispositifs mis en place par la Mesure 27

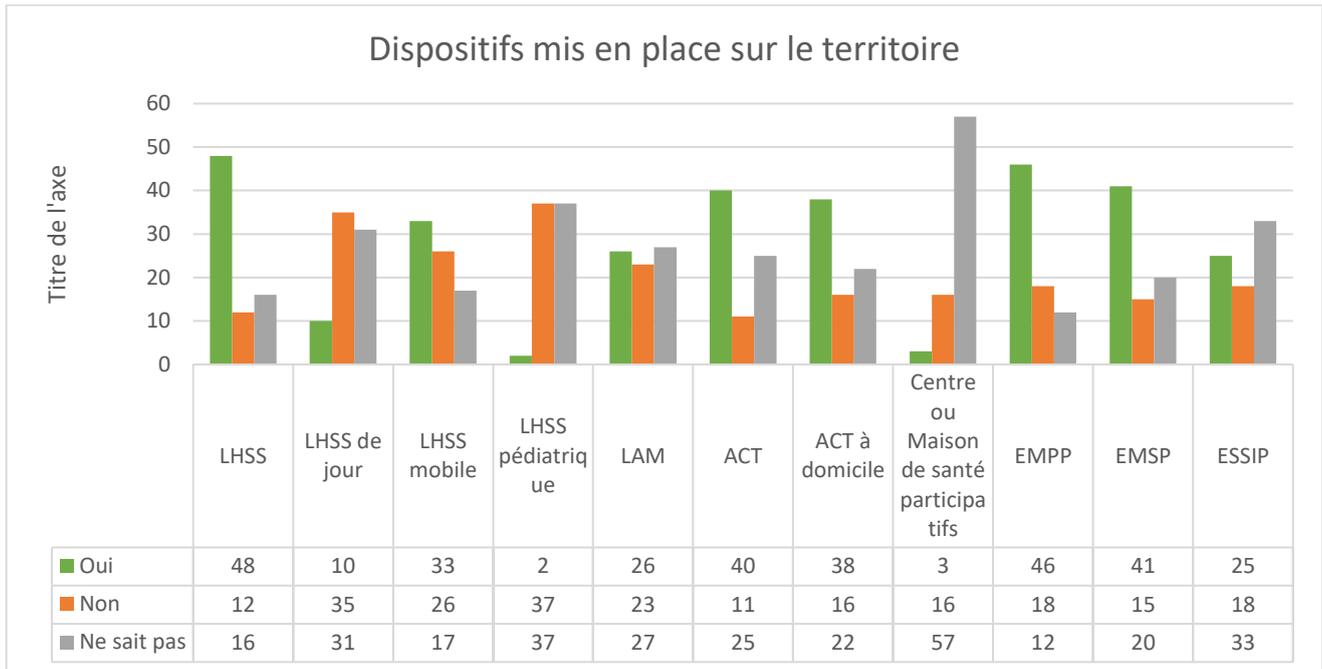
Concernant cette partie du questionnaire, 76 réponses ont été enregistrées.

Pour affiner la connaissance sur le déploiement de la mesure 27, les répondants ont pu s'exprimer sur différents dispositifs prévus dans cette mesure ce qui permet de voir les dispositifs les mieux repérés par les acteurs.

Ainsi, les dispositifs les mieux identifiés à leur mise en place sur le territoire sont le renfort de place sur les LHSS (mentionné par 63%), les Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité (mentionnées par 60%) et les Équipes Mobiles Santé Précarité (mentionnées par 54%).

Parmi les moins connus, en dehors des dispositifs expérimentaux, la possibilité pour les LHSS d'être mobile ou de jour, où l'accompagnement est possible sans hébergement, est peu identifiée ou peu mise en place.

Les moins connus vont être les expérimentations telles que les centres ou maisons de santé participatifs (75% ne connaissent pas) et les LHSS périnatalité (49% ne connaissent pas).



Les LHSS périnatalité, vers une pérennisation du dispositif

Dans le cadre de crédit du Ségur de la santé, 48 places de LHSS pédiatriques ont pu être expérimentées dans 4 régions (Haut-de-France, Pays de la Loire, Ile-de-France et Centre-Val-de-Loire).

La FAS a pu soutenir les porteurs de ces dispositifs avec la constitution d'un groupe de travail pour échanger sur les pratiques, les modalités, l'organisation de ces nouveaux dispositifs avec les 4 associations. Notre fédération est également associée aux travaux menés par la DGCS pour la pérennisation d'un modèle. Une évaluation, qui s'achèvera le 31 janvier 2024, permettra d'acter la création de ce dispositif et son déploiement en 2024 avec l'élaboration d'un cahier des charges à laquelle la FAS pourra contribuer.

Également associée à l'expérimentation des LHSS Pédiatrique, la fédération a pu accompagner les porteurs dans la structuration et le mise en œuvre de cette réponse fasse aux besoins spécifiques des femmes futures ou jeunes mères ainsi que de leur-s enfant-s. Un point d'attention sur ce dispositif a été partagé sur la prise en charge des mineurs concernés ainsi que de l'accueil du co-parents pendant l'accompagnement de la mère et/ou de-s l'enfant-s. et sur la difficile sortie vers une solution adaptée à la fin de la prise en charge dans le LHSS.

2. Les répondants ayant recourus à la Mesure 27

30% des répondants ont augmenté la capacité d'accueil soit en créant de nouvelles places au sein d'établissement existant soit en mettant en place de nouveaux dispositifs tels que des LHSS mobiles, des ACT hors les murs.

Les répondants ont émis plusieurs avis sur cette mesure mise en place ces trois dernières années.

- Une réponse adaptée à la réponse aux besoins du public avec un souhait de poursuivre

« Cette modalité d'accompagnement permet une réponse rapide aux besoins et attentes de la personne dans son lieu de vie. »

« Nécessite d'être maintenue et renforcée »

« Développer des LAM mobiles »

- Une satisfaction mitigée sur la valorisation salariale via la prime

« La prime segur forte satisfaction pour les professionnels »



« Difficultés à appliquer la prime de manière juste et équitable dans des structures avec pôles diversifiés »

« Il n'est pas ouvert aux IDE des points santé non adossés à un ESMS. Cela est un problème pour la valorisation et le recrutement des IDE »

- Des limites ont été observées notamment sur le déploiement sur l'ensemble des territoires et l'exclusions de certains dispositifs des critères d'éligibilités

« Les départements qui n'ont eu aucune augmentation de places depuis plusieurs années alors que les besoins augmentent [...] »

Seule la métropole [A] a agrandi ses capacités d'accueil et d'unités mobiles. Le bassin de [B] n'est pas concerné [...] »

« Pas de segur sur les points santé »

Les dispositions adoptées par le Ségur de la santé, par la mesure 27, ont permis le déploiement et la reconnaissance d'organisations nouvelles permettant l'expérimentation et la pérennisation de celle-ci. La FAS encourage, comme il a été souligné par l'enquête, la poursuite de cette dynamique et s'engage à soutenir ses adhérents dans l'appropriation de ces modalités.



LES ATTENTES DES RÉPONDANTS VIS-À-VIS DE L'ÉTAT

Les répondants se sentent relativement représentés au sein des instances de l'État (47% oui et 49% non et 4% autre).

Sur ce point, il est remonté différentes attentes des répondants auprès de l'État dont

- Créer de nouvelles places et renforcer les moyens humains, 20% des attentes
- Renforcer le partage d'expériences entre les LHSS, LAM et ACT, 17% des attentes
- Proposer des rencontres régionales, 15% des attentes
- Inciter le pilotage croisé entre les ARS et DREETS, entre autres, 11% des attentes
- Développer des moyens humains dévolus à la formation et à l'analyse de pratique
- Développer des moyens logistiques et techniques pour accompagner les établissements, 10% des attentes
- Permettre aux SIAO de mettre en place des commissions de coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, 9% des attentes.

Les commentaires montrent également une forte attente sur les réponses pour fluidifier les parcours des personnes en situation irrégulière ou à droits dit incomplets et le décroisement avec le secteur sanitaire notamment certaines spécialités.

Le soutien de l'ARS a pu être remonté par quelques répondants. La FAS, par son organisation nationale et en région, a également été identifiée comme ressource notamment grâce aux commissions santé qui se tiennent en région et au plus près des adhérents ainsi que des groupes de travail thématiques.

Les répondants remontent également le besoin de renforcer le lien avec les partenaires médicaux ainsi que les professions libérales et de soutenir l'émergence de nouveaux dispositifs (EHPAD précarité, solution de logement autonome pour les plus précaires) avec une organisation adaptée.

Cette enquête, comme celle menée en 2019, et les résultats de celle-ci montrent l'engagement des différents acteurs dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité dans leur parcours de santé et de prévention tout en alertant sur la nécessité d'adapter d'une part la capacité de ces dispositifs spécifiques et d'autre part la réponse du droit commun pour éviter les ruptures de parcours des personnes vulnérables.

Pour permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder ou de revenir vers le soin, la prise en charge doit être globale. Comme il a été démontré, l'accompagnement social, dont l'accès aux logements et aux droits, et celui du soin et de la prévention sont indissociables. Cela renvoie aux déterminants de santé qui rassemblent tous les facteurs influençant l'état de santé. Parmi ces déterminants, plusieurs recherches ont mis en évidence que les facteurs socio-économiques (50%) et environnementaux (10%) ont plus d'impact que celui du système de soins (25%) sur l'amélioration de la santé des populations¹⁰. En ce sens, il est primordial de favoriser le décloisonnement entre les différents secteurs tels que l'AHJ, le logement, la veille sociale, les acteurs de la santé dont ceux de la santé mentale, de la gérontologie et du libéral. Cette interconnaissance permettra une meilleure visibilité, et lisibilité, des dispositifs et des rôles de l'ensemble des acteurs pour améliorer le parcours des personnes en situation de précarité et limiter les ruptures dans l'accompagnement.

Les collaborations, pour certaines déjà engagées, sont à soutenir et à encourager notamment par les possibilités de les formaliser et d'engager des moyens tant humains et financiers pour sécuriser ces partenariats.

Cette dynamique doit également être attentive aux inégalités territoriales pour un déploiement égal sur l'ensemble des régions et selon les besoins remontés par les acteurs. Ici, une visibilité sur le déploiement des politiques publiques comme le Pacte des Solidarités, serait un levier pour identifier et agir sur les disparités territoriales.

La Fédération des Acteurs de la Solidarité s'engage à poursuivre ce travail de représentation, d'appui et d'accompagnement des dispositifs médico-sociaux en intervenant auprès des pouvoirs publics, en participant aux échanges avec l'État, en menant des actions de plaidoyer, et auprès de nos adhérents, pour partager au sein d'instances nationales et régionales sur les expériences et besoins pour définir des leviers et actions communs.

¹⁰ [Institut national de santé publique du Québec](#), consulté le 27/11/2023.

À PROPOS DE LA FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) est un réseau de plus de 900 associations et structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 fédérations régionales sur l'ensemble du territoire.

La Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social. La FAS représente 2 800 établissements et services dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés. La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire. Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'Etat, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.

Charline BARGHANE
Chargée de mission Santé
charline.barghane@federationsolidarite.org

Fédération des acteurs de la Solidarité
76 rue du Faubourg Saint Denis
75010 Paris
www.federationsolidarite.org