

**Intégrer un SSIAD Précarité au sein d'un pôle d'accueil  
d'urgence et d'insertion pour faciliter l'accès au soin et à la  
santé des personnes en situation de grande précarité**

*Nicolas GONTIER*



---

# Remerciements

---

Je souhaite en premier lieu remercier mon épouse qui m'a portée et supportée pendant ces 2 années de formation.

J'y ajoute mes enfants qui ont accepté mes absences, les week-ends passés devant mon ordinateur et les vacances hypothéquées.

Je remercie COALLIA pour sa politique RH et la promotion des compétences m'ayant permis de suivre ce cursus et d'évoluer au sein de l'organisation ainsi que Jacques THUREAU, directeur régional Grand Est et Eric NICAISE, directeur régional adjoint, pour leur confiance et leur soutien.

Enfin, je remercie l'équipe pédagogique de l'IRTS de Loos et mes collègues de formation pour ces partages d'expérience ainsi que ces moments d'échanges et de bonne humeur contribuant largement au parcours CAFDES.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>1 La nécessité de faciliter l'accès aux soins des personnes précarisées accueillies sur un pôle d'hébergement d'urgence (de la précarité sociale à la précarité de soin) .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Un constat empirique.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 « Ma place ».....	6
1.1.2 Les retours du terrain .....	7
1.1.3 Des problèmes rencontrés .....	8
<b>1.2 Un public en besoin prégnant .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Des chiffres préoccupants .....	9
1.2.2 De la précarité à l'exclusion.....	12
1.2.3 Des problématiques de santé liées à la précarité .....	13
1.2.4 La santé, une préoccupation secondaire pour les exclus.....	14
1.2.5 Des exclus face à l'accès aux droits fondamentaux ?.....	15
<b>1.3 Est-il légitime de prendre en compte cette problématique ? .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Des offres de soins inadaptées .....	17
1.3.2 Des orientations de l'Etat.....	19
1.3.3 Des expériences positives.....	22
1.3.4 Une volonté associative et un enjeu pour l'Unité Territoriale .....	23
<b>1.4 Une problématique, des difficultés, une solution proposée .....</b>	<b>25</b>
<b>2 COALLIA, le Pôle d'Accueil d'Urgence, un état des lieux. Des forces et des faiblesses identifiées pour le projet .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 L'association COALLIA acteur majeur de l'accompagnement social et médico-social .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 De l'AFTAM à COALLIA, près de 60 ans d'histoire.....	27
2.1.2 Le poids associatif au service des projets.....	28
<b>2.2 Le Pôle d'Accueil d'Urgence à l'entame du projet .....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Une organisation multi-dispositifs .....	30
2.2.2 Des réponses adaptées mais insatisfaisantes .....	31
<b>2.3 Un diagnostic stratégique pour évaluer le projet.....</b>	<b>33</b>
2.3.1 Les forces.....	33

2.3.2	Les faiblesses .....	34
2.3.3	Les opportunités .....	35
2.3.4	Les menaces .....	36
2.3.5	Bilan et pistes de travail .....	38
<b>2.4</b>	<b>La question de la légitimité .....</b>	<b>38</b>
2.4.1	La légitimité vue par les auteurs.....	38
2.4.2	Le problème de la légitimité du SSIAD précarité porté par le PAU .....	41
2.4.3	Quelles pistes de travail d'après les auteurs .....	43
<b>2.5</b>	<b>Le travail en réseau .....</b>	<b>45</b>
2.5.1	Le travail en réseau par les auteurs .....	45
2.5.2	Quelles problématiques sur le terrain ?.....	48
2.5.3	Des outils proposés par les auteurs .....	50
<b>3</b>	<b>Adapter l'offre de service du pôle d'accueil d'urgence pour faciliter l'accès au soin et à la santé des personnes en situation de précarité.....</b>	<b>52</b>
<b>3.1</b>	<b>Un plan d'action battit sur les retours du terrain et d'expériences .....</b>	<b>52</b>
3.1.1	La question du réseau .....	52
3.1.2	La quête de légitimité.....	55
<b>3.2</b>	<b>Le SSIAD Précarité .....</b>	<b>59</b>
3.2.1	Le projet retenu.....	59
3.2.2	Le fonctionnement .....	64
<b>3.3</b>	<b>Les objectifs opérationnels.....</b>	<b>69</b>
3.3.1	Les résultats visés .....	69
3.3.2	Les indicateurs.....	71
3.3.3	Le bilan de l'action .....	73
	<b>Conclusion.....</b>	<b>77</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>79</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique  
AHI : Accompagnement Hébergement Insertion  
BOP : Budget Opérationnel de Programme  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHS : Centre d'Hébergement de Stabilisation  
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence  
CLS : Contrat Local de Santé  
CSS : Complémentaire Santé Solidaire  
Dihal : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement  
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social  
FAP : Fédération des Acteurs de la Prévention  
Feantsa : Fédération Européenne des Acteurs Nationaux Travaillant avec les Sans-Abri  
HU : Hébergement d'Urgence  
HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile  
HUH : Hébergement d'Urgence Hivernal  
LAM : Lits d'Accueil Médicalisé  
LHSS : Lits Halte Soins Santé  
PASS : Permanences d'Accès au Soins et à la Santé  
PAUI : Pôle d'Accueil d'Urgence et d'Insertion  
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins  
PUMA : Protection Universelle MALadie  
SDF : Sans Domicile Fixe  
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientaion  
SSIAD : Services de Soins Infirmier à Domicile  
UNIOPSS : l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

« Il nous appartient de veiller tous ensemble à ce  
que notre société reste une société dont nous  
soyons fiers »

Stéphane HESSEL



## Introduction

Selon les estimations de la Fondation Abbé Pierre et de la Fédération européenne des acteurs nationaux travaillant avec les sans-abri (Feantsa), il y aurait au moins 700.000 personnes sans abri dans l'Union Européenne. D'après leur dernier rapport, « 4e Regard sur le mal logement en Europe »<sup>1</sup>, ce chiffre serait en hausse de 70 % sur dix ans. Selon Christophe ROBERT, délégué général de la fondation Abbé PIERRE, la France comptait, à elle seule, en novembre 2020, 300 000 SDF. Le nombre de sans-domicile-fixe a plus que doublé depuis la dernière enquête de l'Insee, qui date de 2012, et qui recensait environ 140 000 personnes sans domicile en France.

En parallèle on peut aisément imaginer les impacts de la rue sur la santé de ceux qui subissent cette forme extrême de précarité. Le 21 avril 2009, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, alors Ministre de la Santé et des Sports, confiait une lettre de mission au docteur Vincent GIRARD, psychiatre et coordonnateur médical d'une équipe psychiatrie précarité à Marseille, portant sur l'évaluation de «*la santé des personnes sans chez-soi*». Son rapport, remis en janvier 2010 est sans appel. «*L'état de santé des personnes sans abri est catastrophique. Avec une espérance de vie estimée de trente à trente-cinq ans inférieure à celle de la population générale.*» Il ajoute également qu' «*ils font l'objet de violences psychosociales, physiques et sexuelles avec des fréquences incomparablement élevées.*»<sup>2</sup>. Dans ce rapport, Vincent GIRARD estime l'espérance de vie des hommes SDF à 56 ans et à 41 ans pour les femmes. Pour information, l'espérance de vie en France est de près de 86 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes.

Outre ce constat édifiant qui justifie de la nécessité de prendre en compte cette problématique, les impacts sur le terrain sont nombreux et réclament d'adapter l'offre de service afin d'apporter une réponse pertinente et efficiente. Les dispositifs d'accueil d'urgence ont pour mission principale la mise à l'abri des personnes SDF et n'intègrent pas la notion d'accès au soin et à la santé. On ne peut cependant pas faire abstraction de cette difficulté dans le cadre d'un accompagnement quotidien de ce public.

Directeur, entre autre, d'un Pôle d'Hébergement d'Urgence et d'Insertion regroupant 96 places d'HU, 30 places d'HUH ouvertes chaque année durant la période hivernale, un accueil de jour, un SAMU social, 20 places de STABILISATION et 48 places de CHRS, je souhaite réfléchir aux conditions d'accès au soin des personnes en situation de rue.

---

<sup>1</sup> « 4<sup>ème</sup> regard sur le mal logement en Europe », Fondation Abbé Pierre & FEANTSA, mars 2019

<sup>2</sup> « *La santé des personnes sans chez soi* », Vincent GIRARD, Novembre 2009

# **1 La nécessité de faciliter l'accès aux soins des personnes précarisées accueillies sur un pôle d'hébergement d'urgence (de la précarité sociale à la précarité de soin)**

## **1.1 Un constat empirique**

### **1.1.1 « Ma place »**

Directeur de l'Unité Territoriale du Nord et du Pas-de-Calais pour l'association COALLIA, je gère, entre autre, un Pôle d'Accueil d'Urgence sur le territoire du Hainaut, financé via le Budget Opérationnel de Programme 177, en charge de l'« hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables ». Celui-ci regroupe les places et dispositifs suivants :

- 96 places d'HU
- 30 places d'HUH ouvertes chaque année durant la période hivernale
- Un accueil de jour
- Un SAMU social
- 20 places de STABILISATION
- 48 places de CHRS

En 2019, 716 personnes ont été hébergées sur ce pôle et 138 personnes ont été rencontrées dans le cadre de l'accueil de jour et des maraudes de SAMU social. De manière générale, les demandes émanant des personnes accueillies concernent essentiellement la mise à jour de leur situation administrative, l'accès au logement puis les questions liées à la santé.

Durant l'année 2019, 3 222 accompagnements ont été menés par l'équipe. 1212 concernaient les situations administratives (RSA, dettes, actualisation/inscription pôle emploi, asile...), 817 les démarches d'accès au logement, et 554 les problématiques de santé. Les accompagnements santé représentent 17,2% des accompagnements en 2019 contre 13,1% en 2018 et 8,7% en 2017.

En parallèle, sur les 854 personnes rencontrées et accompagnées au total, un peu moins de la moitié, soit 394, présentait des problématiques de santé<sup>3</sup>.

Sur le BOP 303, programme en charge de l'« immigration et asile », je dirige un dispositif de 72 places d'HUDA depuis 2018. Si le constat du nombre de problématiques de santé est identique, je n'ai pas le recul suffisant pour illustrer une augmentation massive de

---

<sup>3</sup> Données du rapport d'activité 2019 du PAUI

ces chiffres. Selon toutes vraisemblances il n'y a aucune raison que la situation diffère des établissements de droit commun.

D'une manière empirique, on peut aisément conclure que les constats évoqués précédemment par les différents acteurs ont une résonance directe sur le terrain. Le nombre croissant d'accompagnement à la santé et les besoins de soin des personnes hébergées peuvent mettre en difficulté le fonctionnement des établissements et des dispositifs. La pertinence même de ce type de structures quant aux besoins réels du public qu'elles accueillent et accompagnent doit être questionnée.

### **1.1.2 Les retours du terrain**

En 2019, le Pôle d'Accueil d'Urgence et d'Insertion a accompagné 716 personnes en hébergement et 138 personnes ont été rencontrées dans le cadre de l'accueil de jour et des maraudes de SAMU social. La multiplication des dispositifs, des types d'accompagnement mais également la connaissance des personnes SDF du territoire par l'action du Samu Social et de l'accueil de jour, légitiment de porter la question de la prise en compte de l'accès au soin pour les personnes précarisées.

Les équipes des dispositifs d'accueil d'urgence sont essentiellement des travailleurs sociaux et n'ont pas de compétences médicales. L'identification d'une problématique relevant du soin n'est pas aisée. Les demandes et les besoins des publics sont de plus en plus en décalage avec les compétences des équipes. Par ailleurs, les missions, les faibles prix de journée (entre 17€ et 21€ par jour et par place) ainsi que le taux d'encadrement (1 salarié pour 15 places)<sup>4</sup>, n'offrent pas la possibilité de calibrer les équipes des structures d'hébergement d'urgence en tenant compte de l'aspect santé en embauchant une infirmière par exemple.

La crise sanitaire liée au coronavirus a pu mettre en avant la nécessité de prendre en compte la santé des plus précaires. Les singularités de ce public, l'accès à l'hygiène compliqué en situation de rue, devaient aboutir à une adaptation de l'offre existante. L'absence de salariés en charge du soin au sein des structures d'accueil pour personnes SDF a imposé la création et la mobilisation des Centres d'Hébergement Spécialisés Covid. Initialement créé pour l'accueil des malades non-graves, sans solution pour le maintien en quarantaine, ces établissements ont largement été utilisés pour mettre à l'abri les personnes à la rue. A la demande de Julien DENORMANDIE, ministre chargé de la Ville et du Logement, ce ne sont pas moins de 40 sites de confinement pour les sdf malades, soit

---

<sup>4</sup> Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

près de 1300 places, qui ont dû être ouverts à la hâte, pour répondre aux besoins ainsi mis en exergue<sup>5</sup>. Cet état de fait démontre qu'il serait nécessaire de prendre en compte la santé des plus précaires dans la prise en charge habituelle de ce public afin de ne pas avoir à répondre, dans l'urgence, aux situations difficiles.

### 1.1.3 Des problèmes rencontrés

Outre les situations particulières inhérentes à la crise sanitaire, c'est au quotidien que les équipes éprouvent des difficultés face à la question du soin des personnes SDF accueillies en Centre d'Accueil D'urgence.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le nombre d'accompagnements lié à la situation médicale et/ou sanitaire est en constante augmentation, jusqu'à devenir un des aspects les plus chronophages du travail des équipes sociales. Il ne s'agit pas là de contester le bienfondé et la nécessité de ces accompagnements puisque les missions des Accueils d'Urgence intègrent, dans leur cahier des charges, la prise en compte de l'évaluation sanitaire. Cependant, à moyen constant, il paraît difficile d'absorber un besoin toujours croissant sans délaissier les missions principales de ces structures que sont la mise à l'abri et surtout l'insertion globale.

L'analyse qualitative du rapport d'activité démontre que les accompagnements deviennent de plus en plus complexes. Les problématiques de santé, de plus en plus prégnantes, engendrent des besoins spécifiques auxquels les salariés, non formés pour les prendre en compte, ne peuvent répondre. Les besoins en soins d'hygiène ou de nursing apparaissent comme une part inhérente de l'accompagnement de ce public alors même que les missions des établissements ne permettent pas de les prendre en compte. En plus des soins d'hygiènes, le nursing peut associer d'autres aides pour le patient qui incluent, l'aide à l'habillage, le contrôle du traitement, la surveillance des constantes, la pose de bas de contentions... Il est à noter que ces derniers soins ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie au professionnel qui se déplace s'ils n'est pas associé à la prescription d'un soin d'hygiène complémentaire ou de tout autre acte infirmier (injection, pansement, etc.). Il est donc généralement impossible, qu'un infirmier libéral, par exemple, accepte de se déplacer s'il est simplement prescrit une surveillance des constantes médicales, pour la simple, mais compréhensible, raison qu'il ne sera pas rémunéré pour cet acte<sup>6</sup>. Dans les faits, nous constatons, au travers des données du rapport d'activité, que pour l'année 2019, aucun de ses soins n'ont été réalisés par des professionnels de santé.

Face à cet état de fait, les équipes se trouvent démunies. Si la volonté de maintenir la qualité de l'accueil et de prendre en compte la dignité de la personne accompagnée font

---

<sup>5</sup> Article internet, « <https://www.gouvernement.fr/covid-19-plus-de-5000-places-d-hotel-supplementaires-desormais-mobilisees-pour-les-sans-abris-et-40> », consulté le 02/06/2021

<sup>6</sup> Source <https://www.medicalib.fr/blog/la-toilette/>, consulté le 02/08/2021

partie inhérente des valeurs indispensables pour exercer dans ce type d'établissement, comment ne pas pallier à cette absence de prise en charge par les professionnels de santé en pratiquant les soins ainsi carencés. Si évidemment cette situation n'est pas acceptable, tant sur le plan éthique que sur celui de la pertinence, certains gestes nécessitant une formation précise, la volonté des salariés de ne pas laisser les personnes accompagnées sans soin est compréhensible. Si nous ne pouvons fermer les yeux sur les habitudes prises par les équipes, résultat du choix cornélien entre laisser les bénéficiaires sans soins ou outrepasser les compétences et les responsabilités des salariés, il est évident que nous devons être en capacité de proposer d'autres solutions.

## **1.2 Un public en besoin prégnant**

### **1.2.1 Des chiffres préoccupants**

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le nombre de SDF ne cesse de croître en France. La nécessité de prendre en compte les réponses aux besoins d'hébergement et de nourriture est parfaitement identifiée par l'Etat. Une enquête de la DREES, parue le 5 février 2019, indique, qu'entre 2012 et 2016, le nombre de places d'hébergement a augmenté de 39 000 places, passant d'une capacité d'hébergement de 101 000 à 140 000 places soit près de 40% d'accroissement. Cependant, cette étude démontre également que le taux d'occupation reste toujours aussi élevé<sup>7</sup>. Outre cette augmentation de places qui ne permet pas d'éviter la saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence, les missions mêmes des structures n'ont pas évoluées. Il s'agit toujours de mettre à l'abri les personnes SDF. De fait, les moyens alloués, la structuration des équipes restent inchangés alors même que les besoins ont évolué. La notion de soin reste secondaire, et il n'est pas possible ou prévu de recruter un poste infirmier dans les cahiers des charges.

Nous l'avons vu en introduction, en moins de 10 ans, le nombre de SDF a plus que doublé, passant de 120.000 en 2012 à près de 300.000 en 2020 selon la fondation Abbé Pierre. Cette estimation a été réalisée par la FAP, conformément à la définition des sans-domicile et utilisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Il résulte de l'addition :

- Des personnes en hébergement généraliste ;

---

<sup>7</sup> « Hébergement des personnes en difficultés sociales : 140 000 places fin 2016, en forte hausse par rapport à 2012 », étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, février 2019

- Des personnes hébergées dans le dispositif national d'accueil ;
- Des personnes en bidonvilles, selon l'enquête de la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)
- Des sans-abri, non accompagnés en établissement dont le nombre est difficile à définir : ils seraient 27 000, selon le recensement de la population de 2016.

Plus inquiétant encore, nous pouvons mettre en parallèle les chiffres globaux du mal logement<sup>8</sup> en France:

	ménages	personnes
<b>4 millions de personnes mal logées</b>		
Personnes privées de logement personnel		
dont personnes sans domicile <sup>(1)</sup>		143 000
dont résidences principales en chambres d'hôtel <sup>(2)</sup>	21 000	25 000
dont habitations de fortune <sup>(3)</sup>		91 000
dont personnes en hébergement « contraint » chez des tiers <sup>(4)</sup>		643 000
<b>TOTAL</b>		<b>902 000</b>
Personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles		
dont privation de confort <sup>(5)</sup>	939 000	2 090 000
dont surpeuplement « accentué » <sup>(6)</sup>	718 000	934 000
<b>TOTAL sans double compte</b>	<b>1 123 000</b>	<b>2 819 000</b>
	<b>ménages</b>	<b>personnes</b>
« Gens du voyage » subissant de mauvaises conditions d'habitat <sup>(7)</sup>		208 000
Résidents de foyers de travailleurs migrants non traités <sup>(8)</sup>		24 000
<b>TOTAL des personnes mal logées (a) (sans double-compte)</b>		<b>3 953 000</b>

SOURCES :

<sup>(1)</sup> Enquête Sans-domicile, Insee. Les sans-domicile, au sens de cette enquête, peuvent être sans abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en CADA ou hébergés dans un logement associatif.

<sup>(2)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Il s'agit ici de chambres trouvées et payées par les personnes elles-mêmes, pas d'hébergement institutionnel.

<sup>(3)</sup> Recensement de la population 2014 (France hors Mayotte). Certaines personnes en habitations de fortune sont également comptées parmi les sans-domicile.

<sup>(4)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Ce groupe comprend un noyau dur (personnes de 17 à 59 ans hébergées par des personnes sans lien de parenté direct, qui n'ont pas les moyens de décohabiter) ainsi que les plus de 25 ans contraints, après une période de logement autonome, de revenir habiter chez leurs parents ou grands-parents faute de logement autonome, et les personnes de plus de 60 ans hébergées chez un tiers sans lien de parenté direct. À ce périmètre, semblable à celui des éditions précédentes défini par l'Insee, sont ajoutés les enfants non-étudiants de plus de 25 ans chez leurs parents qui n'ont encore jamais décohabité, souhaiteraient le faire mais n'en ont pas les moyens.

<sup>(5)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Comprend les logements remplissant au moins un de ces critères : pas d'eau courante, douche, WC intérieurs, coin cuisine, ou moyen de chauffage ou façade très dégradée. Notre définition de la privation de confort a évolué et n'est pas comparable à celle de l'édition précédente.

<sup>(6)</sup> ENL 2013. Ménages auxquels manquent deux pièces par rapport à la norme de peuplement. La norme de peuplement est la suivante : une pièce de séjour pour le ménage ; une pièce pour chaque couple ; une pièce pour les célibataires de 19 ans et plus ; et, pour les célibataires de moins de 19 ans : une pièce pour deux enfants s'ils sont de même sexe ou s'ils ont moins de sept ans ; sinon, une pièce par enfant.

<sup>(7)</sup> FNASAT, « Ancrage et besoins en habitat des occupants permanents de résidence mobile », juin 2016.

<sup>(8)</sup> Cilpi. Résidents déclarés des foyers de travailleurs migrants en attente de traitement fin 2018.

<sup>8</sup> « L'état du mal logement en France 2020 », rapport annuel numéro 25, Fondation Abbé Pierre, Pages 368 & 369

Ou ceux des personnes fragilisées par rapport au logement :

<b>12,1 millions de personnes fragilisées par rapport au logement</b>		
	<b>ménages</b>	<b>personnes</b>
Propriétaires occupant un logement dans une copropriété en difficulté <sup>(9)</sup>	518 000	1 123 000
Locataires en impayés de loyers ou de charges <sup>(10)</sup>	493 000	1 210 000
Personnes modestes en situation de surpeuplement modéré <sup>(11)</sup>	1 055 000	4 299 000
Personnes modestes ayant eu froid pour des raisons liées à la précarité énergétique <sup>(12)</sup>	1 443 000	3 558 000
Personnes en situation d'effort financier excessif <sup>(13)</sup>	2 713 000	5 732 000
<b>TOTAL des personnes en situation de fragilité (b) (sans double compte)</b>	<b>4 952 000</b>	<b>12 138 000</b>

<sup>(9)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Il ne s'agit ici que des copropriétaires déclarant habiter dans une copropriété rencontrant des difficultés (impayés nombreux et fréquents, copropriété décrite comme fonctionnant très mal, absence de travaux d'entretien), et non des locataires. Cette définition n'est pas comparable à celle de l'édition précédente.

<sup>(10)</sup> ENL 2013, calculs FAP.

<sup>(11)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Personnes appartenant à des ménages des trois premiers déciles de niveau de vie auxquels manque une pièce par rapport à la norme de peuplement, à l'exclusion des ménages d'une personne.

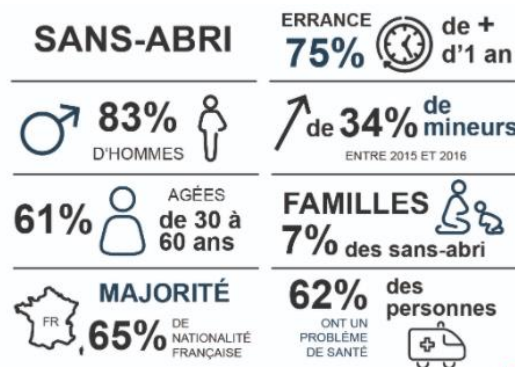
<sup>(12)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Il ne s'agit ici que des personnes appartenant aux trois premiers déciles de niveau de vie et déclarant avoir eu froid au cours de l'année pour des raisons liées à la précarité (privations financières, logement mal isolé ou mal chauffé).

<sup>(13)</sup> ENL 2013, calculs FAP. Personnes subissant un taux d'effort net supérieur à 35 %, leur laissant un reste-à-vivre inférieur à 650 euros par mois et par UC.

Selon ces données de la Fondation Abbé Pierre, près de 4 millions de personnes seraient sans logement ou mal logées et plus de 12 millions seraient en difficultés face au logement (impayés de loyers, effort financier trop important...). Malheureusement, le risque de voir une part de ces situations basculer vers la précarité est plus que probable, venant accroître le nombre de sans abri.

Outre ce risque à venir, il paraît évident que, dès à présent, les ménages ayant des difficultés à pourvoir aux besoins primaires de la base de la pyramide de Maslow, comme le fait d'avoir un toit, ne favoriseront pas l'échelon suivant, celui de la sécurité, dans lequel nous trouvons le soin et la santé.

Pour terminer cette illustration par les chiffres, je mettrai en avant ce résumé réalisé par la croix rouge. Ce recueil donne une vision exhaustive de la population des personnes sans domicile, en illustrant les profils type, ou les problématiques associées :<sup>9</sup>



En ce qui concerne le sujet qui nous intéresse, on peut remarquer que selon ces données, 62% des personnes sans-abri présentent un problème de santé qu'il convient de prendre en compte.

## 1.2.2 De la précarité à l'exclusion

Pour pouvoir définir les liens entre précarité et exclusion, il est indispensable de définir ces notions. Pour ce faire, je reprendrais la définition de Joseph WRESINSKI, prêtre diocésain français, fondateur du Mouvement des droits de l'homme « ATD Quart Monde » et initiateur de la lutte contre l'illettrisme. Pour lui, « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »<sup>10</sup>. Les sécurités évoquées par Joseph WRESINSKI sont le travail, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, la culture, le lien social...

<sup>9</sup> Chiffres croix rouge française <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Grande-exclusion/Quelles-solutions-pour-les-personnes-sans-abri-2188>

<sup>10</sup> J.WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.



Je voudrais considérer la notion d'exclusion selon le sociologue Robert CASTEL, considérant le phénomène d'exclusion comme l'aboutissement de trajectoires différentes, liées à une dégradation par rapport à une situation initiale. La « pauvreté » seule ne peut aboutir à l'exclusion<sup>11</sup>. J'y ajouterais la précision faite par Jean-Paul DELEVOYE, médiateur de la République en 2007, qui parle d'« exclusion du droit » : « Face à la multiplication et à la complexification des normes, se développent des comportements opposés porteurs d'un nouveau clivage social. Alors que certains individus, parfaitement informés, adoptent une stratégie de "consommateurs" de services publics et de droits, on assiste à un phénomène croissant de "non-recours" de la part de personnes éligibles qui ne sollicitent pas les prestations auxquelles elles pourraient prétendre. (...) Les populations touchées par la pauvreté et l'exclusion apparaissent saisies par un droit qui ne leur est pas accessible. Le mythe d'une égalité dont la loi, à elle seule, serait une garantie suffisante, doit être dépassé. Redonner tout son sens à ce principe fondateur de notre pacte républicain passe de plus en plus par l'accès au droit. »<sup>12</sup>.

La loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, qui, en son article 1, « tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. », ne se suffit donc pas à elle-même pour garantir son effectivité, en référence au constat de Jean-Paul DELEVOYE.

Selon ces 2 définitions, on peut conclure que les 2 notions sont liées, la précarité résultant de l'absence d'un certain nombre de sécurités et engendrant une exclusion du droit, notamment l'accès au soin et à la santé.

### **1.2.3 Des problématiques de santé liées à la précarité**

En 2005, l'étude « précarité et addiction » de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie, mettait en avant les problèmes de santé mentale et physique des personnes à la rue. Les pathologies prédominantes déclarées par les personnes ayant vécu à la rue plus d'un an étaient :

- les états dépressifs fréquents : 31%
- les maladies respiratoires : 24% dont la réapparition de la tuberculose
- les conséquences d'accident ou de maladie grave : 20%
- les maladies du système digestif : 14%

---

<sup>11</sup> « L'exclusion, définir pour en finir », sous la direction de Saül KARSZ, « Cadrer l'exclusion », Robert Castel, pages 35 à 47, édition Dunod, collection pratiques sociales, 2013, 2100701495.

<sup>12</sup> Site <https://www.cnle.gouv.fr/>, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, dossier thématique « exclusion sociale », consulté le 02/08/2021

- les désordres alimentaires importants : 13%
- les maladies du foie : 12%
- les maladies de peau : 11%

Si on admet, assez aisément, que les conditions de vie des personnes SDF sont difficiles, il n'est pas difficile d'y ajouter que les problématiques de santé associées sont réelles. Dans son rapport cité précédemment, Vincent GIRARD déclarait que « les besoins en matière de soins médicaux sont nombreux car les personnes vivant à la rue sont davantage sujettes aux maladies chroniques et infections<sup>13</sup> ». Dès 1995, une étude réalisée par l'Institut National d'Etudes Démographiques auprès des personnes accueillies en centres d'hébergement ou bénéficiaires des distributions alimentaires gratuites à Paris observait 5 fois plus de troubles locomoteurs, 1,5 fois pour des troubles psychiques, 1,3 fois pour les maladies respiratoires que pour le reste de la population. Plus frappant encore, des maladies pratiquement disparues en France, comme la tuberculose, apparaissent dans les pathologies les plus prégnantes chez les personnes à la rue.

Evidemment, à ce constat nous pouvons ajouter les problématiques liées aux addictions. Dans l'étude de l'OFDT, plus de 50% du panel observé seraient addicts à l'alcool, 35% seraient dépendants à d'autres substances illicites (drogues, médicaments...) et environ 20% seraient poly consommateurs. Selon l'OFDT, ces chiffres seraient 3 à 4 fois supérieurs à la moyenne nationale.

#### **1.2.4 La santé, une préoccupation secondaire pour les exclus**

S'il paraît évident que les personnes en situation de rue ou de précarité ont une nécessité accrue d'accès à la santé, on constate, toujours en lien avec la pyramide des besoins de MASLOW, que celle-ci n'est pas une priorité pour eux. Egalement, le phénomène de disqualification sociale, décrit par Serge PAUGAM, inhibe la volonté de prendre soin de soi et détériore sévèrement l'image de soi. La nécessité de subvenir à ses besoins physiologiques fondamentaux devient le seul objectif à atteindre, forme d'unique obsession, au détriment d'autres nécessités devenues secondaires pour la personne, tels que le soin et sa propre santé<sup>14</sup>. En d'autres termes, comment peut-on vouloir se soigner, quand la principale préoccupation est de trouver de quoi manger pour subsister, de quoi se vêtir, un abri pour la nuit, de quoi satisfaire son addiction ? Evidemment pour d'autres, la quête de moyens pour améliorer sa condition sociale prend également la part la plus importante des préoccupations. Il est nécessaire de trouver un travail, un logement, quitter

---

<sup>13</sup> « La santé des personnes sans chez soi », Vincent GIRARD, Pascale ESTECAHANDY, Pierre CHAUVIN, novembre 2009

<sup>14</sup> Serge PAUGAM, « *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté* », Presse Universitaire de France, 2009

la rue ou régulariser sa situation administrative. Le recours à un médecin n'est envisageable qu'une fois ces problèmes résolus.

Yann BENOIST, identifie, dans un article de la revue « Sciences sociales et santé », que la prise en compte de la maladie, et de sa réelle existence, par les personnes en situation de rue, est effective uniquement à partir du moment où elle devient un handicap pour faire ce qu'elles jugent indispensable. « *Pour qu'une maladie soit considérée comme telle par un clochard, il faut qu'elle l'empêche de poser ses normes : faire la manche, boire, se nourrir, dormir et faire ses besoins (pour certains, cette dernière exigence n'implique plus la nécessité de se déplacer ou de se dévêtir). Ne se projetant pas dans le futur, ils anticipent rarement le moment où une simple gêne deviendra un handicap et où il faudra se faire soigner. En attendant ce moment, c'est souvent le refus de soin qui est de mise* »<sup>15</sup>.

En complément, d'après « Médecins du monde », on peut constater que 15 % des personnes sans domicile fixe se suicident. A titre de comparaison, c'est 7 fois plus que la population carcérale. Face à une forme de désarroi, certains n'espèrent plus rien et décident de mettre fin à leur jour. Dans ces conditions, comment peut-on imaginer se projeter vers une démarche de santé ? Le but n'est pas ici de mettre en avant les raisons qui les poussent à faire ce choix extrême, mais bien d'illustrer que face à une forme de désespérance, prendre en compte ses problèmes de santé peut paraître bien futile. En parallèle, très peu de personnes sans-abris se projettent dans l'avenir, leur seul et unique souci étant la survie quotidienne.

### **1.2.5 Des exclus face à l'accès aux droits fondamentaux ?**

Plusieurs études dont le rapport de Vincent GIRARD cité précédemment précisent que « *les personnes sans abri ont beaucoup de mal à accéder à des soins effectifs. Ils peuvent être soumis à des discriminations allant même jusqu'à des refus de soins* »<sup>16</sup>. Par ailleurs, la médecine française étant caractérisée par le paiement à l'acte, un important obstacle dans l'accès aux soins est évidemment d'ordre financier. Dans leur communiqué de presse du 5 mai 2020, France Assos Santé et le collectif ALERTE demandaient la fin de toutes formes de discrimination face à l'accès au soin pour les personnes en situation de précarité en précisant que « *La prise en charge de la santé des individus sur notre sol (...) doit éthiquement être égalitaire, non discriminante, retrouvant les principes de notre humanité première* »<sup>17</sup>. Associations, collectifs, délégations ministérielles, tous s'accordent

---

<sup>15</sup> Benoist, Yann. « *Vivre dans la rue et se soigner* », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, no. 3, 2008, pp. 5-34.

<sup>16</sup> « *La santé des personnes sans chez soi* », Vincent GIRARD, Novembre 2009

<sup>17</sup> « *Alerte sur la santé des personnes en situation de précarité* », France Assos Santé et le collectif ALERTE, 5 mai 2020

pour affirmer que le droit à l'accès aux soins n'est pas respecté pour les personnes sans domicile. Evidemment, des dispositifs existent, mais leur effectivité et pertinence restent à démontrer. En outre, ils ne paraissent pas adaptés à ce public, tant dans la manière d'accéder à ces dispositifs, que dans celle d'y recevoir des soins.

Le premier frein, qui semble être un paradoxe compte tenu de l'étymologie même de l'acronyme du public étudié. **Sans Domicile Fixe**. Si la signification nous semble limpide, il est nécessaire de rappeler que depuis 2007, pour avoir accès aux droits civiques, civils ou sociaux, il faut pouvoir fournir une adresse. Par définition un SDF n'en a pas. Evidemment, il existe la possibilité de se faire domicilier dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS), ou dans une association agréée pour avoir accès à une assurance médicale. Si cette démarche semble assez simple à réaliser pour toute personne relativement habile avec les démarches administratives ou des travailleurs sociaux, qu'en est-il pour les personnes précarisées, qui restent peu éclairés quant à leurs droits et à leurs obligations ? Qui plus est, toujours dans l'idée d'une priorisation des besoins primaires de subsistance, peut-on considérer qu'il serait plus important pour une personne SDF de chercher de la nourriture, de l'argent ou un lieu pour dormir ou d'entreprendre les démarches de domiciliation nécessaire à l'obtention de la protection universelle maladie (PUMA), pour mettre en œuvre des démarches de soin qu'elle juge non prioritaire ?

Aline ARCHIMBAUD, sénatrice auprès de Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé, suite à une mission confiée en 2013 par Jean-Marc AYRAULT, alors premier ministre, rend un rapport dans lequel elle démontre les difficultés, pour les plus précaires, de bénéficier de la CMU (ancêtre de la PUMA). Elle explique notamment que *« La première difficulté pour établir un contact tient au nombre et à la localisation des services chargés d'instruire les demandes, dans un contexte marqué par la fermeture de nombreux guichets de proximité, caisses, antennes ou permanences de l'assurance maladie. La disparition des guichets de proximité majore les difficultés d'accès des populations précaires. De la même façon, nombre d'établissements hospitaliers dotés de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) regrettent aussi la fermeture de l'antenne ou de la permanence traditionnellement assurée dans leurs locaux. Outre l'intérêt que cette présence présentait en termes de vérification de la conformité du dossier déposé, et donc de délai de traitement de la demande, ces antennes et permanences étaient une forme de réponse à la faible mobilité des populations précaires tout comme à leur éloignement du monde administratif et leur méconnaissance des procédures. »*<sup>18</sup>.

Au-delà même de l'obtention d'une couverture maladie, l'absence de logement, ou d'adresse fixe, est un frein majeur pour la santé. Outre les soins d'urgence ou unique, la

---

<sup>18</sup> « Rapport Accès aux soins des plus démunis », Aline ARCHIMBAUD, 2013, page 29

plupart nécessite un suivi régulier afin de garantir son efficacité. Les ulcères de la peau, fréquents pour ce public, doivent donner lieu à des soins de nursing pour permettre la circulation du sang indispensable à la rémission et nécessite le port de bas de contention, pour éviter une aggravation ou un récurrence. Une hygiène irréprochable est essentielle pour limiter les risques d'infection. Evidemment, on peut parler de la tuberculose, qui impose une période de quarantaine stricte et de suivre scrupuleusement un traitement antibiotique de plusieurs mois. Une succession de contrôles sont nécessaires pour vérifier le bon déroulement et l'efficacité du traitement. Ces 2 exemples, permettent d'illustrer les difficultés liées à l'absence de domicile fixe, lorsqu'un suivi médical doit être mis en place, et la nécessité de la mise en place d'un « aller vers » pour permettre aux personnes à la rue de bénéficier d'une égalité de droit, compte tenu de la singularité de leur situation sociale.

Au-delà de la prise en compte de la problématique de santé pour l'utilisateur, c'est la question du parcours de santé et de la continuité de soin qui interroge lorsqu'il s'agit de grands précaires. En effet, pour ce public, les durées moyennes de séjour dans les établissements d'accueil d'urgence sont très faibles. Ils viennent passer une nuit, parfois deux, mais refusent de rester plus longtemps. La nécessité de respecter un cadre, d'accepter de suivre un règlement, les contraintes liées à la vie en collectivité, le besoin de retourner à la rue pour retrouver des repères rassurants, rendent pour certains, les conditions d'accueil dans ce type de dispositif insupportables. Il existe bien des places dites de « stabilisation », à haut seuil de tolérance pour permettre aux personnes les plus éloignées des « standards » de l'hébergement de se maintenir dans un établissement, mais leur nombre reste très faible et ces dispositifs demeurent à la marge. De fait, après un trop court séjour et une éventuelle démarche sanitaire entamée, les soins engagés prennent fin prématurément et/ou sans que la rémission ne soit atteinte.

### **1.3 Est-il légitime de prendre en compte cette problématique ?**

#### **1.3.1 Des offres de soins inadaptées**

Pour lutter contre les inégalités de prise en compte, des Permanences d'Accès au Soins et à la Santé (Pass)<sup>19</sup> ont été créées à l'initiative de l'Etat. Elles résultent de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion<sup>20</sup>. Au-delà de la question de la santé, Les objectifs affichés étaient très ambitieux. Cette loi avait vocation à engendrer « *un changement d'approche et d'échelle dans la mise en œuvre des politiques publiques*

---

<sup>19</sup> Article L.6112-6 du Code de Santé Publique modifié en 2008

<sup>20</sup> Article 68 à 77, loi 98-657 du 29 juillet 1998

». En faisant des personnes exclues des sujets de droit commun à tous au nom de l'équité et de la dignité de chacun, elle devait assurer à tous l'accès aux droits de tous : logement, santé, éducation, emploi, citoyenneté et même culture. La politique de lutte contre les exclusions se devait d'être transverse à toutes les politiques publiques en revendiquant une approche globale d'accès à l'ensemble des droits fondamentaux, condition indispensable à l'exercice de la citoyenneté. En outre, pour la première fois, cette loi fut travaillée avec les personnes concernées à partir de leur expérience de vie personnelle et donnait la parole à celles et ceux connaissant la grande pauvreté « *à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation* » des politiques publiques. Près de 25 ans plus tard, le bilan ne semble pas au rendez-vous des ambitions passées<sup>21</sup>.

Dans la volonté affichée, les permanences d'accès aux soins de santé doivent être des cellules de prise en charge médico-sociale, et permettre aux personnes démunies d'accéder au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux de soins, et d'accompagnement social. Porte d'accès principale pour les soins des personnes en situation de précarité, tous les hôpitaux ne disposent pas de Pass. Par ailleurs, en ce qui concerne les établissements qui en possèdent, le rapport ARCHIMBAUD dénonce le manque d'homogénéisation des prestations, qui entraînent de lourdes disparités de prises en charge. La situation même des PASS semble hétérogène entre structures dédiées ou structures transversales. Un certain nombre d'entre elles manquent de visibilité au sein de l'établissement de santé qui les accueille, les rendant parfois « invisibles ». Egalement, la traçabilité des financements prévus au titre des missions d'intérêt général de l'établissement de santé sur lequel elle s'adosse serait loin d'être garantie. Les PASS transversales en seraient les principales martyres, leurs moyens en personnel étant peu à peu mobilisés par d'autres activités de l'établissement, au grand damne des professionnels qui y exercent.

On constate que la volonté d'« aller vers » est très insuffisante sur le territoire. Evidemment les personnes en situation de rue, ne se rendent que rarement de leur propre initiative aux dispositifs de soin. Le manque d'estime de soi, les freins liés à toutes formes de démarches, les situations administratives défailtantes ou la nécessité de planification de rendez-vous, peuvent être généralement rédhibitoires pour les plus précaires. Le docteur GIRARD, dans son rapport au premier ministre rappelait à ce sujet que « *cette fonction d'« allez vers » est unanimement reconnue comme un des éléments essentiels à la prise en charge des personnes sans chez soi. Les équipes mobiles qui existent aujourd'hui ont des statuts différents (EMPP ou équipes mobiles) mais toutes assurent – et c'est là leur fonction essentielle - cette fonction de lien entre les personnes et les institutions sanitaires et sociales dans les grandes agglomérations* ». Il est donc indispensable d'aller au-devant de

---

<sup>21</sup> Source ATD Quart Monde, Loi contre les exclusions : 20 ans après, ATD Quart monde rappelle les fondamentaux - ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde (atd-quartmonde.fr), consulté le 05/08/2021

ce public à l'image des SAMU Sociaux qui rencontrent les personnes SDF, apportent une attention particulière, nouent la confiance indispensable, offrent une prestation alimentaire, jouent le rôle d'interface avec les SIAO Urgence (ex 115)...

Cette liste d'actions, non exhaustive évidemment, n'inclut volontairement pas la notion de la santé. En effet on constate une séparation, forme de dichotomie entre le sanitaire et le social, rejetant la responsabilité des problématiques rencontrées de l'un à l'autre. Dans la préface de l'ouvrage « l'articulation du sanitaire et social » de Marcel JAEGER, Jean-François BEAUDURET illustre cette situation en indiquant que « *les professionnels abordent encore trop souvent les problèmes auxquels ils sont confrontés, soit avec "des lunettes thérapeutiques" soit avec des lunettes "éducatives, pédagogiques et sociales" et trop souvent accusent les collègues circulant sur l'autre rive d'utiliser des prothèses visuelles inadaptées à la réalité du psychisme de l'individu en souffrance* »<sup>22</sup>. On peut aisément affirmer que cette forme d'accompagnement hémiplegique ne peut être satisfaisante et efficace. On ne peut évidemment se satisfaire d'une prise en charge sans articulation entre les 2 secteurs.

### **1.3.2 Des orientations de l'Etat**

La question de la prise en compte de la santé des personnes marginalisées, n'est pas nouvelle. L'inadaptation des systèmes dits classiques ou de droits communs est admise et nécessite de repenser l'existant pour le rendre pertinent à l'ensemble des citoyens. Au national, l'Etat a pris conscience de cette problématique et a diligenté plusieurs études pour évaluer les conditions d'accès au soin des personnes précarisées. Nous l'avons vu avec celle de Vincent GIRARD en 2009. Nous pouvons également ajouter la mission confiée par Jean-Marc AYRAULT, à la sénatrice Aline ARCHIMBAUD auprès de Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé, en 2013<sup>23</sup>. Ces premières étapes, préalable indispensable à la réflexion, ont abouti à des propositions et actions à différents échelons de l'organisation étatique.

Si la crise sanitaire que nous connaissons n'a fait que mettre en avant la nécessité de prendre soin, et de mieux appréhender la santé des personnes à la rue, l'ouverture de places d'hébergement et de mise à l'abri supplémentaires mais surtout de Centre d'Hébergement Spécialisé COVID à destination de ce public en est la meilleure illustration. En effet, pour pallier aux difficultés d'application des gestes barrières, au manque d'EPI, et au risque d'une explosion des contaminations entraînant des créations de cluster, il était

---

<sup>22</sup> « L'articulation du sanitaire et du social », M. JAEGER, page 7, 3<sup>ème</sup> édition, 2012, DUNOD

<sup>23</sup> « L'accès au soin des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », Aline ARCHIMBAUD, septembre 2013

nécessaire d'adapter les dispositifs de droits communs pour les rendre accessibles aux personnes précarisées.

Pourtant l'universalité du droit au soin n'est pas un paradigme nouveau et on peut retrouver bien avant 2020 la volonté, au travers différents textes officiels, de prendre en compte la santé de tous. Le préambule de la constitution de l'OMS, dès 1946, rappelle que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». On retrouve, ensuite, de nombreux textes internationaux approuvés par la France, ainsi que des décrets internes, qui proclament que le droit à la santé et à l'accès aux services sociaux est un droit pour tous, qu'importe sa situation. Nous pouvons citer, l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) de 1948 qui précise que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...]* ». Le code de la santé publique français, défini, quant à lui, dans l'article L. 1110-3 qu'« *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». On peut donc constater que du point de vue régalien, tout au moins, la France intègre l'accès au soin et à la santé comme un droit fondamental et universel. C'est sur ces bases qu'il nous faut nous appuyer pour le rendre applicable. Des orientations centrales de l'Etat, découlent des objectifs opérationnels territoriaux, que nous voyons évoluer positivement, à tout niveau, au profit des plus démunis.

Au niveau régional, on peut constater une prise de conscience sur la situation sanitaire des personnes précaires. Ainsi, dans le projet régional de santé des Hauts de France, on peut constater qu'un des axes vise à mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé, garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population et améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies<sup>24</sup>. Il s'agit d'un geste fort et si cet axe semble très générique, n'apportant pas d'actions précises pour parvenir à cet objectif, il démontre une volonté affirmée de rendre le soin accessible à tous, en mettant l'accent sur les personnes en difficultés économiques et sociales.

Toujours au niveau régional, le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis 2018-2023 (PRAPS), prévoit, à travers 4 objectifs définis, d'adapter les stratégies de prévention et de promotion de la santé aux populations les plus démunies, d'amener les personnes en situation de précarité à s'engager dans une démarche de santé, de structurer une offre spécifique « passerelle » vers le droit commun

---

<sup>24</sup> <https://Le-Projet-regional-de-sante-Hauts-de-France-2018-2028-|Agence-regionale-de-sante-Hauts-de-France> Consulté le 6/12/2020



sur les territoires pour les personnes les plus démunies et d'améliorer la coordination des acteurs et des interventions des professionnels<sup>25</sup>. Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, plusieurs pistes de réflexions sont d'ores et déjà identifiées. Nous pouvons en citer quelques-unes :

- Les acteurs à mobiliser sont définis. Il s'agit de faire travailler conjointement l'ensemble des intervenants qui gravitent autour des personnes en situation de précarité. Préfecture et services de l'Etat (DRJSCS, DDCS, ...), assurance maladie, professionnels de santé, établissements de santé, établissements de santé mentale, acteurs sociaux, médico-sociaux, professionnels du premiers recours, centres de santé spécialisés, les bénévoles devront collaborer pour apporter des réponses adaptées.

- Même s'il s'agit d'un accompagnement médical pour lequel les professionnels de santé sont préparés, au travers de leur cursus, on ne peut appréhender le public en situation de précarité sans connaître certaines singularités. A l'inverse, les professionnels de l'accompagnement n'ont pas les compétences nécessaires pour identifier les problématiques médicales. Il est donc prévu de promouvoir l'offre de formation des professionnels de santé pour améliorer leurs connaissances sur les problématiques de santé liées à la précarité et aux particularités de la relation soignant/soigné avec ce public, mais également des professionnels de l'accompagnement social à l'identification des besoins en santé des personnes précarisées, ou des bénévoles sur leurs représentations de la précarité, leur connaissance du système de soins et des enjeux relatifs au parcours de santé.

- développer les projets novateurs en matière de dispositifs transversaux sur la région pour les personnes en situation de grande précarité au regard des besoins des territoires. Ainsi des créations de dispositifs d'accompagnement médico-social, intégrant une solution d'hébergement (LHSS, LAM, ACT) sont prévues. En parallèle, la volonté de création de SSIAD précarité permettant d'assurer des soins médicaux, infirmiers et de nursing est également avancée. 2 appels à projet seront alors transmis en 2020 pour l'ouverture de ce type de dispositif, sur les départements du Nord et de l'Aisne.

Nous retrouvons ces mêmes déclinaisons au sein même des municipalités. Ainsi mêmes les contrats locaux de santé visent à s'adapter aux particularités de ce public et à leurs prises en compte. Ainsi l'évaluation de CLS du Grand Hainaut de 2019, territoire dont dépend le PAU, indique que « Quelques acteurs interrogés questionnent donc la pérennité des solutions recherchées et la prise en compte globale de la personne (notamment chez des personnes en situation de grande précarité). (...) d'autres acteurs soulignent que l'intérêt de la cellule de veille en santé mentale n'est pas de débloquer immédiatement une

---

<sup>25</sup> « Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018 - 2023 des Hauts de France », pages 12 à 14

situation mais de la faire avancer ensemble. Ces acteurs soulignent l'importance de définir des objectifs atteignables (...) et de ne pas chercher à ramener systématiquement l'utilisateur vers une norme<sup>26</sup> ». A nouveau, la question de la coordination de l'ensemble des acteurs est mise à l'épreuve quant à la prise en charge globale des personnes précarisées. Egalement, un focus est effectué afin de prendre en compte les singularités de ce public et ne pas chercher à le faire entrer dans un cadre inadapté, qui n'entraînerait, in fine, que le risque d'un refus de soin de sa part.

### **1.3.3 Des expériences positives**

Depuis plusieurs années nous voyons apparaître de nouvelles propositions et tentatives pour répondre aux besoins de santé, en tenant compte des particularités des personnes précarisées. L'exemple des Lits Halte Soins Santé est un marqueur fort de la volonté de mieux accompagner ce public. Ils ont été initiés en 1993, sous l'appellation Lits d'Hébergement et de Soins Infirmiers pour accueillir « des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitant un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation » (tuberculose, pathologies aiguës ponctuelles telles grippe, angine, suites opératoires,...) et les soigner. Devenus LHSS, ils offrent un accompagnement médico-social aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans requérir une hospitalisation, est incompatible avec la vie à la rue. Ces dispositifs, ont vocation à se multiplier, compte tenu de leurs actions reconnues et de leurs bilans positifs.

Si les LHSS fonctionnent comme une structure médico-social, pour des personnes accompagnées pendant plusieurs semaines, voire mois, il n'est pas question d'exclure les personnes précarisées, refusant d'être hébergées sur de longues périodes, ou celles dont l'état de santé, bien qu'inquiétant ou nécessitant un suivi régulier, ne serait pas incompatible avec la vie à la rue. Les ARS, notamment celle des Hauts de France feront le constat que les SSIAD n'interviennent que peu dans les structures sociales hébergeant des personnes en précarité. Des appels d'offres pour expérimenter des SSIAD dédiés à ce public seront alors lancés pour des créations en 2015. Concrètement, il s'agit d'assurer la prise en charge des soins infirmiers des personnes précaires, hébergées dans les structures d'accueil d'urgence, les résidences sociales, les hébergements de stabilisation, de réinsertion, les pensions de famille, les hébergements dits hivernaux, et les centres d'accueil de demandeurs d'asile. De cette manière, même si on ne peut parler de soins à domicile, le SSIAD intègre les personnes en grande précarité dans le parcours de santé global. L'autre mission essentielle consiste à jouer le rôle d'interface et de coordination avec

---

<sup>26</sup> Evaluation du Contrat Local de Santé du Grand Hainaut, décembre 2019, page 52

les autres acteurs de santé pouvant intervenir dans chaque situation. On peut dénombrer les hôpitaux, médecins traitants, kinésithérapeutes, pédicures ou tout autre intervenant potentiel. Cet aspect est indispensable pour élaborer un réel parcours de soin.

Le magazine « DIRECTION[S] » décrivait fin 2015, le fonctionnement du SSIAD précarité « Solida'Ssiad », porté par l'Association pour la solidarité active du Pas-de-Calais (Apsa 62)<sup>27</sup>. On y découvre la plus-value de ce type de dispositif, notamment grâce au travail d'appropriation de chaque patient et d'acquisition de la confiance réciproque. En effet, la méfiance permanente est une caractéristique forte de ce public et il est souvent nécessaire de « montrer patte blanche » avant de pouvoir aborder le travail de fond. D'après la directrice du pôle santé de l'association, les démarches de soin n'auraient jamais pu se mettre en œuvre sans cette étape nécessaire, qui n'est pas incluse dans le fonctionnement des SSIAD classique.

Les solutions présentées démontrent une volonté de mieux prendre en compte la santé des plus précaires. C'est une avancée non négligeable qu'il convient de saluer largement. Cependant, je souhaite me montrer un peu critique. Comme les autres dispositifs, on peut considérer qu'elles excluent les plus exclus. Effectivement la prise en charge des personnes en hébergement, en LHSS ou en structure d'accueil d'urgence ou d'insertion, semble effective et pertinente, qu'en est-il des plus marginaux qui refusent de quitter la rue ? Dans un sketch provocateur, Patrick TIMSIT disait, « je ne sais pas s'ils sont sans domicile fixe, mais ils sont toujours au même feu rouge ». Il s'agit évidemment d'une approche humoristique minimaliste, cependant, par le biais des maraudes de SAMU Social, nous connaissons assez précisément les lieux de squat dans lesquels les grands précaires vivent. Nous pouvons donc, relativement facilement aller à leur rencontre pour établir des plans de soin. Dans la même idée, quelles interventions sont envisagées dans les bidonvilles ou les camps ROMS ? A nouveau, si nous n'allons pas vers ces publics, il est improbable qu'ils viennent à nous. Il est donc nécessaire d'imaginer des solutions qui n'excluraient pas un public en besoin.

#### **1.3.4 Une volonté associative et un enjeu pour l'Unité Territoriale**

L'association COALLIA, d'envergure nationale, intervient dans les champs de l'hébergement social, du logement accompagné, de l'accompagnement social et du médico-social. Porteuse d'innovation depuis plusieurs années, les orientations du projet associatif nous invitent à proposer aux services de l'Etat des solutions aux problèmes rencontrés sur le territoire national. Par ailleurs, sans être un service de l'Etat, COALLIA entretient des liens étroits avec lui. La composition même du conseil d'administration,

---

<sup>27</sup> « Un SSIAD soigne les personnes en grande précarité », DIRECTION[S], n°135, octobre 2015

comptant entre autre d'anciens préfets, d'un ancien directeur général de l'OFII, d'un ancien conseiller à la mairie de Paris, de conseillers d'Etat... démontre ces relations. Le directeur général lui-même est un ancien conseiller régional, député et conseiller parlementaire. Cette situation nous impose, au travers du projet associatif, d'être attentifs aux difficultés identifiées par l'Etat. Dès lors, associer l'hébergement et l'accompagnement social aux visions du sanitaire ou du médico-social dévoilerait les prémises d'un nouveau mode d'accompagnement répondant à la fois aux volontés d'innovation, tout en proposant une solution viable pour faciliter l'accès à la santé pour les personnes précarisées.

Il est nécessaire de noter que l'association étant en fort développement, le président nous demande de porter ce déploiement sur les différentes Unités Territoriales en diversifiant nos champs d'intervention et évidemment nos financeurs. A l'occasion d'un entretien, le directeur régional grand EST m'a demandé de répondre officiellement à cette problématique et de proposer une réponse à l'appel à projet pour la création d'un SSIAD précarité sur le territoire du Hainaut. En Bretagne, COALLIA gère déjà 2 SSIAD précarité. Cette connaissance de ces dispositifs, associée à l'expérience déjà initiée pourraient servir de modèle transposable sur d'autres territoires.

Comme j'ai pu le préciser précédemment, en 2019, le Pôle d'Accueil d'Urgence et d'Insertion a accompagné 716 personnes en hébergement et 138 personnes ont été rencontrées plusieurs fois pour la majorité au cours de l'année, dans le cadre de l'accueil de jour et des maraudes de SAMU social. Au total, c'est plus de 850 personnes, en 1 an, qui ont fréquenté les dispositifs d'urgence COALLIA. Ce constat, bien qu'alarmant, démontre l'importance du PAU quant à l'accompagnement des personnes en situation de précarité sur le territoire. Compte tenu des remontées des équipes, mais également à la lecture des rapports d'activité, il me semble indispensable de chercher les solutions permettant un meilleur accompagnement à la santé des personnes précarisées, tant pour celles hébergées en établissement que celles à la rue, rencontrées par le Samu Social ou dans le cadre de l'accueil de jour.

Compte tenu des orientations du CLS et du PRAPS, et du rôle joué par l'Unité Territoriale du Nord et du Pas-de-Calais dans l'accompagnement de ce public, il s'agit d'une évidence de répondre aux appels à projet pour la création des SSIAD Précarité. Apporter des réponses aux besoins identifiés sur les territoires ou problématiques rencontrées par l'Etat est un marqueur fort de l'identité associative, retranscrite dans chacune de ses 27 Unités Territoriales. L'implantation de COALLIA sur le territoire étant très récente (Octobre 2017 pour département du Nord et août 2020 pour le Pas-de-Calais), c'est également le meilleur moyen de faire connaître et reconnaître notre utilité, la qualité de notre action, mais surtout notre compétence à être porteur d'innovation.

En outre, La multitude des dispositifs, des types d'accompagnement mais également la connaissance des personnes SDF du territoire par l'intermédiaire de l'action

du Samu Social et de l'accueil de jour, légitimement, au moins pour partie, de porter la question de la prise en compte de l'accès au soin pour les personnes précarisées. Par ailleurs, une partie du public cible, celui à la rue, vraisemblablement le plus difficile à approcher, est connu, par les travailleurs sociaux, grâce aux maraudes de Samu social COALLIA. De fait, la nécessité d'aller au-devant des SDF est déjà mise en œuvre. Elle permet de gagner la confiance des personnes rencontrées mais pourrait favoriser la prise de conscience de l'importance de prendre soin de soi et également de donner tous les moyens pour y parvenir en les accompagnant vers les dispositifs de domiciliation ou en devenant service de domiciliation en étant adossé à un établissement agréé. Sans minimiser leur action, aujourd'hui les équipes de maraude se limitent à créer du lien, à apporter de quoi manger et se mettre en relation avec le SIAO Urgence pour éventuellement trouver une place d'hébergement pour la nuit. Pourquoi ne pas imaginer des maraudes du SSIAD Précarité, en considérant que la rue pourrait représenter, le « domicile » de l'acronyme, pour la personne précarisée, en association avec SAMU Social afin de bénéficier des missions de chaque dispositif et des compétences de chacun ? C'est la proposition qui a été faite dans le cadre de la réponse à l'appel à projet. Celle-ci a suscité l'intérêt des services de l'Etat, et l'Unité Territoriale a donc été retenue pour la création de ce SSIAD, un peu particulier, qui intervient à la fois en établissements d'hébergement, mais également directement à la rue, pour intervenir au plus près des besoins identifiés.

#### **1.4 Une problématique, des difficultés, une solution proposée**

Nous avons vu qu'il existe une réelle problématique d'accès au service de soin pour les personnes en situation de précarité. Le mode de vie, le manque de confiance, le fonctionnement même de ce public désinstitutionnalisé, l'éloigne des dispositifs de droit commun répondant habituellement à ce besoin. Ce constat est d'autant plus alarmant que nous avons démontré que la vie à la rue engendre de lourdes pathologies nécessitant un suivi médical régulier. Par ailleurs l'espérance de vie d'une personne SDF est de 30 à 40 ans inférieur à la norme en fonction du sexe, démontrant un véritable impact de la précarité sur la santé.

Les équipes accompagnant ce public, travaillant sur le Pôle d'Accueil d'Urgence, soit en établissement d'hébergement, soit en maraude de Samu Social, soit en accueil de jour, se trouvent souvent démunies, sans pouvoir répondre au besoin. Par ailleurs, les établissements, dont les cahiers des charges et les moyens associés ne permettent pas d'adapter le fonctionnement ou de calibrer l'équipe pour pouvoir prendre en compte cette difficulté, sont profondément impactés. Le nombre d'accompagnements, les prises en

charge de plus en plus lourdes, rendent les missions principales de réponse aux besoins primaires des personnes accueillies, difficiles à honorer.

Malgré ce droit universel proclamé depuis de nombreuses années, plusieurs rapports et études, à l'initiative de l'Etat corroborent ces observations. Au-delà de ce constat, c'est l'inefficience du système actuel à rendre accessible les dispositifs de soin et de santé qui est mis en avant. Désireux de mettre en œuvre les adaptations nécessaires, l'Etat a donc publié un appel à projet visant la création d'un SSIAD précarité sur le territoire du Pôle d'Accueil d'Urgence.

Sous l'impulsion de ma direction générale et régionale, dans la mouvance du projet associatif, j'ai apporté une réponse en y intégrant une dimension supplémentaire, celle de « l'aller vers ». La proposition ainsi faite, répondait à des intérêts à plusieurs niveaux. En premier lieu, et il s'agit bien là du plus important, elle a vocation à améliorer la prise en charge des personnes précarisées, qu'elles soient hébergées en structures d'accueil d'urgence ou toujours en situation de rue. Il s'agit ensuite de permettre au PAU et ses établissements de pouvoir se recentrer sur ses missions principales sans mettre en difficulté les salariés par un manque de temps à accorder à ces objectifs ou par un manque de compétences professionnelles légitimes. En troisième lieu, l'intérêt pour l'Unité Territoriale est indéniable. Son développement, très important depuis fin 2017, prendrait une nouvelle dimension en ajoutant un financeur supplémentaire, l'Agence Régionale de Santé, mais permettrait également de se positionner sur une réponse à un besoin territorial. Enfin, pour COALLIA, c'est une nouvelle réponse, un nouvel outil, pour répondre à un problème identifié par l'Etat, qui est proposé et transposable. Une fois encore, l'association démontre qu'elle est un acteur associatif majeur, sur lequel on peut compter pour faire preuve d'innovation.

Le projet présenté ayant été retenu pour une mise en œuvre dans le courant du premier semestre 2021, le SSIAD précarité est actuellement en montée en puissance pour lui permettre de se déployer sur le territoire.

## **2 COALLIA, le Pôle d'Accueil d'Urgence, un état des lieux. Des forces et des faiblesses identifiées pour le projet**

### **2.1 L'association COALLIA acteur majeur de l'accompagnement social et médico-social**

#### **2.1.1 De l'AFTAM à COALLIA, près de 60 ans d'histoire**

L'histoire de COALLIA débute en 1962. Compte tenu des besoins identifiés par Stéphane Hessel et André Postel-Vinay, l'Association pour la Formation technique de base des Travailleurs Africains et Malgaches est créée. Elle propose alors aux travailleurs migrants, d'apprendre les méthodes et techniques qui pourront leur être utiles à leur retour dans leur pays d'origine. Rapidement, un constat va s'imposer. Les travailleurs migrants ne souhaitent pas repartir, préférant rester en France et ont besoin d'être hébergés.

Il est nécessaire de les accueillir décemment et l'Aftam (ancien nom de Coallia) imagine la création de foyers pour travailleurs migrants, notamment en Ile-de-France et en Picardie. La diversification des activités se poursuit au cours des années 70. L'Etat demande alors à l'association de mettre en œuvre l'accueil des réfugiés du sud-est asiatique. C'est le commencement, pour L'Aftam, de son engagement dans l'accueil et l'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés issus des pays en guerre.

L'association se professionnalise et ses activités évoluent, les publics changent. Dès le début des années 80, elle s'intéresse à l'accompagnement des personnes fragilisées, sans emploi ou sans logement, et ouvre les premiers centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

A partir de 1992, l'association entre dans une nouvelle dynamique avec l'ouverture de trois établissements médico-sociaux. Il s'agit d'un centre d'hébergement pour travailleurs handicapés mentaux et, conscient du problème de vieillissement de ses résidents, prend en charge la gestion d'équipements médico-sociaux, en particulier de deux maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (« M.A.P.A.D. »), devenues aujourd'hui Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Depuis, ce nouveau pôle médico-social prend de plus en plus d'ampleur, en fonction des reprises et des créations d'établissements.

En 2012, et après cinquante ans d'existence, l'association n'a cessé de développer ses métiers : hébergement, accompagnement social, accueil médico-social, intermédiation locative... Après tant d'années d'engagement mais également de diversification,

l'association tourne une page et change de nom. En effet, l'acronyme originel Aftam (Association pour la Formation technique de base des Travailleurs Africains et Malgaches) ne renvoyait plus que trop partiellement le panel de l'offre. L'Aftam devient alors COALLIA, construit de la préposition "co" signifiant "avec/ensemble" en latin et du verbe "allier". Par ce choix, Coallia met en avant plusieurs valeurs fondamentales comme la présence, l'accompagnement et l'union des forces.

Aujourd'hui, les missions de l'association s'articulent autour de 5 métiers :

- Le logement accompagné ;
- L'hébergement social ;
- L'accompagnement médico-social ;
- L'accompagnement social ;
- L'intermédiation locative.

Elle compte 760 établissements ou services répartis dans 44 départements, 4 500 salariés et plus de 100 000 personnes hébergées/logées et/ou accompagnées.

### **2.1.2 Le poids associatif au service des projets**

Si COALLIA peut être considérée comme un mastodonte dans le paysage associatif, son identité assumée, résolument proche de l'Etat et son ambition de proposer des réponses adaptées et innovantes aux problématiques territoriales en font une rampe de lancement idéale à tous les projets nouveaux.

En premier lieu, nous pouvons compter sur des fonds associatifs importants, permettant des investissements conséquents au bénéfice de l'activité. Evidemment toute création d'établissement ou de service induit la nécessité d'engager des dépenses, qui peuvent être supportés, en premier lieu, par des avances de trésorerie. Par ailleurs, la majorité des dispositifs relevant de la compétence de l'association, ne relève pas des activités autorisées au titre de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles. De fait, le financement des établissements s'effectue sous forme de subvention accordées annuellement et non en dotation globale de fonctionnement. Ce mode de d'attribution induit des paiements à 6 mois par les organismes de tutelle entraînant des avances de trésorerie importantes. Evidemment, si une grosse association peut supporter de devoir avancer ses fonds, il n'en est rien en ce qui concerne des structures d'envergures plus modeste. Par cette liberté offerte, nous pouvons répondre rapidement aux demandes de l'Etat, proposer des projets innovants ou adapter des dispositifs à de nouveaux besoins.

L'organisation même de l'association et son projet associatif est un atout majeur à son rayonnement et son développement. Nous avons évoqué précédemment la composition de son conseil d'administration et de sa direction générale. Véritable partenaire



des pouvoirs publics, elle bénéficie de sa pleine confiance, eu égard aux réponses déjà apportées à des problématiques rencontrées mais également par les liens établis dans le cadre des fonctions des membres du bureau. En retour, COALLIA s'engage à répondre présente pour apporter son soutien et répondre au mieux aux besoins identifiés, souvent dans des délais très restreints, l'urgence définissant à la fois l'objet de nos missions mais également le caractère de celles-ci. Cette confiance réciproque permet la proposition de projets innovants nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des publics.

L'association propose une politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences très développée. Disposant d'un plan de formation interne étoffé, il offre aux salariés le maintien de leur niveau de connaissances régaliennes, notamment en matière de droit d'asile qui évolue constamment. Evidemment, la notion de développement des compétences fait partie intégrante de la politique de gestion des ressources humaines et le personnel de COALLIA peut bénéficier de formations qualifiantes, certifiantes ou non. Ces possibilités représentent une réelle valeur ajoutée aux différents projets puisqu'elle permet d'adapter les savoirs et compétences en fonction des missions attendues. Evidemment la promotion professionnelle est inhérente au projet associatif et offre l'opportunité aux salariés d'évoluer verticalement au sein de l'organigramme. En démontrant leurs potentiels, les employés savent qu'ils pourront avoir des opportunités de mutations hiérarchiques et fonctionnelles. Il s'agit d'un moyen de mobilisation, d'engagement et de motivation pour chacun, au service de l'association, pour la mise en œuvre de nos missions et dans l'intérêt des publics que nous accompagnons.

La force d'une association comme celle de COALLIA réside également par l'existence de services supports. Je ne vais pas en faire la description complète mais en évoquer quelques-uns afin d'illustrer l'intérêt d'une telle structuration. Chaque création ou ouverture d'établissement nécessite évidemment de s'équiper en mobilier, véhicule, matériel informatique... L'association dispose d'un service achat et de contrats nationaux avec de nombreux fournisseurs, qui prévoient l'obligation de fournir le matériel nécessaire dans des délais raisonnables. Nous pouvons compter sur le service DRH qui, une fois les besoins en personnel définis, se charge de la publication des offres et de la sélection des candidatures. Il est également garant du respect du droit du travail en apportant son soutien aux directeurs, élabore les fiches de poste en collaboration avec les Unités Territoriales afin de définir les missions et attendus... Egalement, on peut compter sur le service de la Direction de la Qualité et de la Maitrise des Risques qui permet de travailler avec les responsables de site à l'élaboration des Documents Uniques des Risques Professionnels par exemple. Elle participe aussi au processus d'amélioration continue de l'ensemble des établissements. Dans les périodes complexes, comme lors du premier confinement lié à la crise sanitaire, la DQMR a pu nous soutenir dans l'élaboration des Plans de Continuité de l'Activité obligatoires, que nous devons transmettre aux services de l'Etat. Ces quelques

exemples, dont la liste n'est évidemment pas exhaustive, permettent de démontrer l'utilité de la structuration d'une grosse association comme COALLIA en matière de développement mais également pour le fonctionnement global des dispositifs au quotidien.

## **2.2 Le Pôle d'Accueil d'Urgence à l'entame du projet**

### **2.2.1 Une organisation multi-dispositifs**

Destiné aux personnes sans domicile ou contraintes de le quitter en urgence, en situation de précarité et connaissant de graves difficultés sociales, le PAU propose des structures adaptées à ces situations d'exclusion, de la rencontre à la rue, en passant par la mise à l'abri immédiat et jusqu'à la construction d'un parcours inclusif de l'hébergement d'insertion.

Le centre d'hébergement d'urgence (CHU) propose des solutions immédiates à des demandes urgentes en offrant des prestations de premières nécessités (abri de nuit, alimentation, hygiène...) à des personnes sans-abri ou brutalement confrontées à une absence de logement. Cette réponse se voulant dans l'urgence, elle n'a pas vocation à être pérenne et l'accompagnement se doit d'être de courte durée. Il s'agit d'un accueil « inconditionnel ». Aucune sélection des publics accueillis n'est permise, quelle que soit la situation administrative, le statut au regard du droit de séjour ou le niveau de ressource de la personne orientée. Outre la mission de mise à l'abri, les CHU peuvent aussi procéder à une évaluation de la situation sociale et administrative pour travailler à la réorientation vers des structures d'insertion adaptées.

Le centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) offre aux ménages (isolés ou en famille) rencontrant de sérieuses difficultés d'ordre économique et social, un lieu d'hébergement ainsi qu'un accompagnement socio-éducatif individualisé et global (logement, travail, formation, santé...). Sa visée est de retrouver une autonomie personnelle et sociale. La durée de séjour initiale est limitée à 6 mois et peut être prolongée, si nécessaire, pour une nouvelle période de 6 mois par dérogation et accord de la Direction Départementale de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DDETS).

Le centre d'Hébergement de stabilisation (CHS) se consacre à l'accueil d'un public en très grande précarité, à la rue depuis plusieurs années et en rupture totale avec les structures classiques. Ouvert 24h/24, il offre un accompagnement social, dit « à haut seuil de tolérance », qui doit permettre aux personnes les plus éloignées de l'insertion, de se stabiliser afin de favoriser une orientation future vers des structures adaptées à leur situation. Compte tenu de la spécificité de public accueilli, il ne peut y avoir de limite de la

durée de séjour, ce afin de favoriser l'émergence d'un projet d'accueil vers des dispositifs de droit commun même s'il n'aboutit pas à une autonomie totale.

L'accueil de jour est un lieu d'accueil anonyme, inconditionnel et évidemment gratuit. Il tend à répondre aux besoins élémentaires et à faciliter l'accès aux droits fondamentaux des personnes SDF, sans solution. Ouvert 6 jours/7, il offre la possibilité de se restaurer, d'accéder à l'hygiène du corps ou du linge, de bénéficier d'un accès internet et téléphone, de rechercher une solution d'hébergement ou constituer un dossier de demande de logement, d'engager des démarches administratives, de maintenir des liens sociaux...

Le Samu Social fonctionne sous forme de maraudes, 7 jours/7 de 11h à 2h du matin, en associant une gestion dite « au thermomètre » pouvant déclencher un renfort de son activité, toute la nuit si nécessaire. Premier maillon de l'accompagnement des personnes précarisées de longue date ou nouvellement en difficulté, sa mission première est d'aller vers les publics, sur leur lieu de vie ou de squat. Cette dynamique permet d'aller à la rencontre de l'autre, sur son « territoire » et lever ainsi une part de méfiance légitime à l'égard du salarié. En plus de cet axe, ce dispositif propose une prestation alimentaire, la distribution de couvertures, l'appel au SIAO Urgence (ex 115) si la personne rencontrée est volontaire pour intégrer une place d'hébergement d'urgence et reste parfois le seul lien social du public croisé<sup>28</sup>.

## **2.2.2 Des réponses adaptées mais insatisfaisantes**

A bien des égards, le PAU remplit ses missions et participe à l'accompagnement des personnes précarisées. Les différents dispositifs jouent un rôle prépondérant, chacun à son niveau et selon ses propres attributions.

Comme nous avons pu le voir, pour l'année 2019, 716 personnes ont été accompagnées sur les dispositifs d'hébergement. Il convient cependant de distinguer les données des différents dispositifs en s'appuyant sur le rapport d'activité du PAU.

83 personnes ont été hébergées en CHRS. La durée moyenne de séjour est de 128 jours, et donc inférieure à la durée maximum définie dans le cahier des charges. Il faut néanmoins pondérer cette donnée. En effet, certains départs prématurés et quelques exclusions font baisser mécaniquement les durées d'accompagnement qui restent dans les standards établis par l'Etat à environ 6 mois, pour une situation bénéficiant d'un accompagnement global. Outre la mise à jour des situations administratives, l'obtention de ressources (RSA, salaires, revenus de formation, allocation chômage...), il est important

---

<sup>28</sup> Projet d'établissement du Pôle d'Accueil d'Urgence 2018 – 2023

de noter que 82% des personnes accompagnées ont bénéficié d'une sortie positive vers le logement.

27 personnes ont été accompagnées sur les places de stabilisation. Les profils très hétérogènes rencontrés permettent difficilement d'établir des données pertinentes. Cependant, il est possible de donner quelques éléments de compréhension. En 2019, la plus courte durée de présence s'établit à 12 heures. En effet, fortement précarisé, depuis de nombreuses années, l'homme, sans domicile, se sentait oppressé à l'intérieur de son studio, et a préféré retourner à la rue. A l'inverse, la plus longue durée d'accompagnement est de plus de 3 ans et tend à se prolonger davantage puisque la personne est toujours présente. Plusieurs tentatives ont déjà eu lieu pour la réorienter vers d'autres dispositifs, cependant de grosses difficultés d'acquisition des normes sociales de bases rendent, aujourd'hui encore, un accueil vers une structure, à plus bas seuil de tolérance, difficile. En matière d'accompagnement au soin, les mêmes disparités existent. Evidemment lorsqu'une personne est accompagnée depuis plusieurs années, elle dispose de droits ouverts et il est relativement simple de mettre en place un suivi santé. En revanche pour ceux n'effectuant que de court passage, fortement abimés par la vie à la rue, nous éprouvons de grandes difficultés pour les faire accéder à un parcours de soin.

Parallèlement 182 personnes ont été hébergées dans le cadre de la veille hivernale et 424 en Hébergement d'Urgence classique, soit 606 personnes au total. A nouveau, les durées de séjour varient d'une personne à l'autre, allant de quelques heures, à 61 jours sur l'année et il est impossible de définir un profil type. Cependant compte tenu des faibles durées de présence, on peut facilement comprendre qu'il est difficile de mettre en œuvre une réelle démarche de soin pour les personnes accompagnées. Outre le temps nécessaire à l'ouverture des droits pour ceux n'en ayant ouverts, la durée nécessaire à la mise en place d'un suivi santé ou infirmier n'est pas compatible avec le temps passé au sein de l'établissement. Cette situation est d'autant plus dérangeante que les équipes relèvent des besoins de plus en plus prégnants en matière de soins infirmiers, de nursing et même parfois pour des soins de massages de certains hébergés. Bien sûr les salariés, maitresses de maison ou travailleurs sociaux, n'ont ni le savoir-faire, ni la légitimité pour effectuer ce genre de mission.

Dans le cadre de l'accueil de jour, 83 personnes différentes ont été accueillies au cours de l'année. J'ai choisi d'intégrer également dans ce décompte celles et ceux ayant bénéficiées à la fois du Samu Social et des prestations de l'accueil de jour. Dans la partie relative au Samu Social, seuls, ceux ayant été uniquement bénéficiaires de ce dispositif, apparaîtront. Comme pour les services précédents, le constat d'une dégradation de la santé des personnes SDF est mis en avant. S'agissant d'un dispositif pour lequel la fréquentation est libre, dont on ne sait jamais à l'avance qui viendra, et à quel moment de la journée ou

de la semaine, on comprend qu'il est particulièrement difficile de mettre en œuvre un parcours de soin avec ce public.

Enfin, en 2019 le Samu Social a rencontré 55 personnes différentes dans le cadre des maraudes et plus de 10 000 repas ont été distribués. Certains sont vus chaque jour, d'autres plusieurs fois par semaine et quelques-uns n'ont été croisés que quelques fois avant de trouver une solution d'hébergement ou de quitter l'arrondissement d'intervention. S'agissant des plus précarisés, les problématiques de santé inhérentes à la vie à la rue sont très présentes. Les équipes n'ont que peu de solutions satisfaisantes à proposer et ne disposent que de l'option des « urgences hospitalières » lorsque l'état de santé de la personne rencontrée est alarmant. Nous avons même dû avoir recours à 2 hospitalisations sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat pour des personnes, en refus de soin, jugés en péril imminent. Evidemment ces situations sont peu satisfaisantes, pour les bénéficiaires comme pour les salariés. Pour ce dispositif également, la question de la santé est un aspect perfectible pour laquelle il convient de chercher des solutions pertinentes au regard des singularités du public et des missions attendues.

## **2.3 Un diagnostic stratégique pour évaluer le projet**

### **2.3.1 Les forces**

- Des équipes volontaires

Une des plus grande forces identifiée pour ce projet est illustrée par les ressources humaines en présence. En effet, je constate un véritable engagement professionnel de la part des salariés. Conscients de la problématique soulevée, ils sont volontaires pour participer à des projets nouveaux, adhérer aux missions proposées et être partie prenante dans la création de services innovants.

- Une association solide et innovante

L'association, porteuse d'innovation et intervenant sur plusieurs champs, ouvre la porte aux propositions nouvelles. La volonté du conseil d'administration est de développer les activités sur les territoires et de faire appel à plusieurs autorités de tutelle. Dans cette optique, c'est une demande de la part des membres du CA de répondre à l'appel à projet SSIAD précarité. Par ailleurs le soutien apporté par les services centraux permet de faciliter les projets nouveaux et la création d'établissement.

- Des SSIAD précarité portés par l'association dans plusieurs départements

Dans d'autres Unités territoriales COALLIA, des projets de SSIAD Précarité ont déjà vu le jour. Fort de ces expérimentations ayant fait leurs preuves, celui sur le territoire

du Hainaut pourra bénéficier des outils et des retours d'expériences pour sa mise en œuvre pour rendre son fonctionnement efficient au plus tôt.

- Une association œuvrant dans plusieurs secteurs d'activité

Un des points forts de l'association pour ce projet réside dans la diversité de ses activités. Compter des établissements à la fois dans le champ de l'accompagnement social mais également dans le secteur médico-social crédibilise davantage le projet défendu, par la connaissance des acteurs, des missions et des donneurs d'ordres.

- Une Unité Territoriale légitime pour promouvoir l'accompagnement des personnes en situation de précarité

Depuis son implantation sur le territoire, l'Unité Territoriale n'a cessé de développer son action en direction des publics précarisés. Egalement son développement rapide pour répondre aux problématiques identifiées par les pouvoirs publics dans l'intérêt des personnes en difficulté en fait un acteur majeur du territoire.

- Une offre de service du PAU multiple

L'activité multiple du PAU est un atout indéniable pour proposer des accompagnements globaux. De la rue à l'hébergement d'insertion, le pôle peut intervenir dans toutes les circonstances et dans une démarche d'évolution positive.

- Une expertise reconnue

Reconnu sur le territoire pour son action depuis sa création, le PAU peut servir de fondation solide pour la proposition d'une solution efficiente.

### **2.3.2 Les faiblesses**

- Un financement faible

Les prix de journée accordés pour le fonctionnement des dispositifs d'accueil précarité sont parmi les plus faibles connus (entre 17 et 21€). Ils n'offrent pas de marge de manœuvre permettant l'adaptation des fonctionnements actuels.

- Un personnel social en difficulté, parfois peu formé

Le faible prix de journée, les taux d'encadrement imposés par les cahiers des charges entraînent l'emploi de salariés sans formation en lien avec les missions. Les postes de maitresse de maison par exemple sont ouverts sans condition de diplôme. Même si une formation existe, les personnes diplômées restent à la marge.

- Aucun poste infirmier dans les équipes

Pour les mêmes raisons que celles évoquées au point précédent, il n'est pas possible de recruter des infirmiers dans les équipes. Lorsque le taux d'encadrement est défini, pour certains dispositifs, à 1 pour 30 personnes hébergées, on comprend rapidement que les missions d'hébergement prennent le dessus pour permettre une ouverture 7 jours/7.

- Quelle légitimité pour aborder la question de la santé ?

Si l'Unité Territoriale et le PAU ont pu démontrer leurs compétences dans l'accompagnement social des personnes en situation de précarité, il n'en est rien en ce qui concerne le volet de la santé. Les dispositifs existants ne comptent d'ailleurs pas de personnel médical. Il est donc nécessaire d'asseoir leur légitimité en s'appuyant sur l'existant et trouver les clés nécessaires pour légitimer leur action.

- Des durées moyennes de séjour faibles

Malheureusement, dans la majorité du temps, les personnes accueillies ne restent que quelques jours. Evidemment ce laps de temps est trop court pour mettre en œuvre un accompagnement vers le soin. Les démarches administratives ne peuvent également aboutir.

- Des retours à la rue réguliers

Après un court passage en établissement d'urgence, les personnes en situation de précarité retournent souvent à la rue dans laquelle elles ont leurs repères et leurs habitudes rassurantes. En dehors de l'institution, nous n'avons pas la possibilité de prolonger un parcours de soin entamé, ou même d'accompagner les personnes vers des professionnels de santé.

- Un public peu volontaire, avec des priorités autres

Nous l'avons démontré précédemment, les personnes à la rue doivent prioritairement chercher de quoi subsister, de quoi se nourrir, ou dormir, comment se protéger, trouver de l'argent pour répondre à ses conduites addictives... En y ajoutant la dégradation de l'image de soi inhibant la volonté de prendre soin de soi, la prise en compte d'éventuels problèmes de santé n'est que secondaire dans l'esprit des personnes précarisées.

### **2.3.3 Les opportunités**

- Une prise en compte par les pouvoirs publics

Depuis quelques années, les pouvoirs publics se penchent sur la question de l'accès universel au soin. De fait la situation des plus précarisés est également réfléchi afin de garantir l'équité pour tous conformément au code de la santé publique, à la constitution de l'OMS ou à la déclaration universelle des droits de l'homme.

- La crise sanitaire a mis en avant la nécessité de prendre en compte la situation sanitaire des personnes SDF

Si cette crise sanitaire est bien évidemment dramatique sur le territoire national, elle a permis néanmoins de déjà réfléchir, dans l'urgence, à des solutions pour prendre en compte la santé des personnes sans domicile. Des établissements sociaux à vocation

sanitaire ont été créés en quelques jours sous le nom de Centres d'Hébergement Spécialisé COVID.

- Un AAP SSIAD précarité en cours d'instruction

En lien avec ces prises de conscience, des appels à projet pour imaginer des dispositifs innovants, prenant en compte la santé des personnes précarisées font leur apparition. Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) font partis de ces dispositifs qui visent à se développer. L'un d'entre eux nous intéresse plus particulièrement. Il s'agit de celui visant à la création de SSIAD Précarité dans les départements de l'Aisne et du Nord.

- Des expérimentations de SSIAD précarité réussies en région

On retrouve, dans le département du Pas-de-Calais, 2 SSIAD précarité sur les arrondissements de Lens et de Boulogne sur Mer. Ces services ayant pu démontrer leur plus-value, l'intérêt pour ce type de dispositif n'est plus à démontrer. Il est donc possible de s'appuyer sur leur fonctionnement pour la mise en action initial du service, puis d'y apporter des spécificités que nous développerons.

- Des besoins identifiés sur le territoire

Sur le territoire du Hainaut, lieu d'implantation du PAU, les besoins du territoire en matière d'accompagnement sanitaire des personnes en situation de précarité sont prégnants. De ces constats, l'appel à projet pour la création de places de SSIAD précarité a été établi.

#### **2.3.4 Les menaces**

- Des taux d'encadrement faibles et définis par les cahiers des charges

Le mode de fonctionnement des établissements est une faiblesse identifiée. Le maigre prix de journée offre une marge de manœuvre très limitée pour pouvoir traiter cette problématique. Les taux d'encadrement, définis par les différents cahiers des charges, de 1 pour 25, voire de 1 pour 30, n'offrent pas la possibilité de diversifier les corps de métier, certains des établissements nécessitant d'être ouverts 7 jours sur 7 et 24h sur 24. Evidemment, le choix est porté par l'emploi de personnel social, de surveillants de nuit, de maitresses de maison au détriment du personnel médical. Les missions réalisées peuvent difficilement aller au-delà que de proposer de subvenir aux besoins primaires des personnes hébergées.

- Des offres de soins présentes mais inadaptées sur le territoire

Si certains hôpitaux de l'arrondissement sont dotés de permanences d'accès aux soins de santé, les différentes études ont démontré leur inefficience lorsqu'il s'agit du public en situation de précarité. Par ailleurs les PASS dont les fonctionnements diffèrent de l'une



à l'autre, refusent régulièrement de prendre en charge ce public. Parfois pour des raisons d'alcoolisation, de consommation de substances illicites, parfois sans aucune raison énoncée.

- Pas de démarche « d'aller vers » adaptée

Par définition, un SDF n'a pas de logement, ce pléonasse semble dénoncer des évidences mais il s'agit pourtant du nœud du problème. Sans « aller vers », sans offrir des espaces non institutionnalisés, comment les personnes à la rue pourraient accéder à leurs droits et au soin ?

- Des refus de soin identifiés pour les personnes SDF

La faiblesse première est incarnée par le public. Celui-ci voit la nécessité de subvenir à leurs besoins de survie ou physiologiques tels qu'ils sont définis par Abraham MASLOW<sup>29</sup>. Le besoin de sécurité qui inclut la santé n'apparaît que dans le 2<sup>ème</sup> quintile de sa pyramide. En outre ce public éprouve de grandes difficultés à être hébergé en établissement et retourne rapidement à la rue sans pouvoir créer une relation de confiance puis initier un parcours de santé.

- Des refus de prise en charge identifiés par les services de soin

Malheureusement, nous comptons énormément de refus de professionnels de santé à prendre en charge ce public. Dans le meilleur des cas, les personnes sont bénéficiaires de l'AME ou de la PUMA, mais les délais de paiement ou les démarches à réalisées ont tendance à freiner les bonnes volontés. En outre pour certains, les particularités de ce public, les problèmes d'hygiène, parfois les sautes d'humeur, contribuent à décourager les plus téméraires.

- Des services de santé déjà saturés sur le territoire

*« Bien que la densité médicale de la Communauté d'Agglomération de Valenciennes Métropole soit proche de la moyenne régionale, celle-ci est à relativiser : le périmètre d'agglomération rayonne au-delà des limites du territoire. La concentration médicale sur les communes de Valenciennes et Anzin bénéficie en partie aux habitants de la Communauté d'Agglomération de la porte du Hainaut qui est, quant à elle, moins dense au regard du nombre de professionnels de santé par habitant. Ainsi en 2011, la densité de médecins généralistes sur la Communauté d'agglomération de Valenciennes Métropole était de 10,8 pour 10 000 habitants<sup>30</sup> ». A titre de comparaison, la densité médicale nationale en 2018 était de 33,8 pour 10 000 habitants et 85,8 pour Paris<sup>31</sup>. Ces données permettent aisément de comprendre l'état de saturation des services de santé de l'arrondissement.*

---

<sup>29</sup> « *Motivation and Personality* », Abraham MASLOW, 1970

<sup>30</sup> « Contrat de ville de Valenciennes Métropole 2015 – 2020 », page 76

<sup>31</sup> [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD\\_068\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements), Données INSEE, site consulté le 15/08/2021

- L'articulation entre le sanitaire et le secteur AHI difficile

Le lien entre le sanitaire et le social reste compliqué. La saturation des établissements d'urgence, l'insuffisance des structures de santé sur le territoire, l'absence de coordination sont des freins à lever qui amènent parfois à des refus de soin pour les publics en situation de précarité. Il est nécessaire de mettre en œuvre un véritable travail de réseau et de partenariat afin de rendre le projet efficient.

### **2.3.5 Bilan et pistes de travail**

Au travers de ce diagnostic stratégique, j'ai pu identifier les points forts sur lesquels il est possible de s'appuyer pour mener à bien le but de la création du SSIAD Précarité. La construction sur les bases d'équipes volontaires et investies, la reconnaissance du travail effectué auprès du public, l'appui d'une association solide sont autant d'atouts à mobiliser mais surtout de soutien indispensable à la réussite de ce projet.

Evidemment, il existe un certain nombre de freins à lever, sur lesquels nous nous devons travailler. Parmi ceux-ci j'ai repéré 2 difficultés majeures qui peuvent, à elles seules, hypothéquer la réussite du projet. Je souhaiterais donc pouvoir aborder, en premier lieu, la question de la légitimité à porter la question du soin et de la santé. Dans un deuxième temps, j'évoquerai le travail en partenariat, en réseau ainsi que sa coordination nécessaire pour le rendre efficient.

J'aborderai donc ces notions, en référence aux auteurs ayant travaillé ces concepts, en les opposants aux situations rencontrées sur le terrain. A travers cette démarche, je proposerai des hypothèses d'actions possibles pour corriger potentiellement les problèmes identifiés.

## **2.4 La question de la légitimité**

### **2.4.1 La légitimité vue par les auteurs**

La question de la légitimité en travail social est de plus en plus prégnante dans le champ de l'intervention sociale. Il convient, à mon sens, de s'interroger sur ce concept et d'en comprendre les mécanismes.

Dans la revue « vie sociale », Brigitte BOUQUET, professeure émérite au Conservatoire National des Arts et Métiers rappelle que l'étymologie du terme « légitimité » provenant de la particule « lex » signifiant « loi, droit écrit » et qui a formé en latin « legitimus », pouvant être interprété comme « fixé par les lois, conforme aux lois ». Dans

le dictionnaire des notions philosophiques ce concept se détermine comme « conforme non seulement aux lois mais aussi à la morale, à la raison ». Enfin, le dictionnaire Littré la définit comme la « qualité de l'autorité légitime, des pouvoirs légitimes, se référant à la loi ; qualité de ce qui est légitime, par des conditions requises par la loi ; qualité de ce qui est fondé en équité, en raison »<sup>32</sup>. Si la notion régaliennne apparaît dans chaque définition, on y voit apparaître la question du fondement raisonnable et équitable. La légitimité ne pourrait donc s'imposer de force.

Dès 1978, Jürgen HABERMAS<sup>33</sup> abordait ce propos et posait le constat de ne pas réduire la question de la légitimité uniquement au bien-fondé de la légalité. Il réfute alors l'idée de devoir la limiter à une forme de décisionnisme de Carl SCHMITT, forme d'autorité politique. Egalement, pour lui, la légitimité ne peut exister par un déterminisme social ou culturel. Il l'associe alors à une éthique de la communication, c'est-à-dire la capacité à bien savoir communiquer dans l'intérêt de bons desseins. Cette compétence ne peut être exercée que par une personne ou une organisation détentrice d'un savoir utile pour l'objectif visé.

Selon le sociologue Max WEBER<sup>34</sup> la légitimité peut se définir par trois fondements distincts. En premier lieu, il lui décrit un caractère rationnel, bâti sur la reconnaissance de la légalité et donc du droit à donner des instructions ou consignes pour ceux qui sont amenés à l'exercer. C'est ce qu'il appelle la « domination légale ». Max WEBER évoque également un caractère presque « héréditaire », basé sur la croyance des traditions éternelles entraînant la légitimité de ceux qui sont appelés à l'exercer. Il qualifie cette forme de légitimité de « domination traditionnelle ». Enfin il lui confère une caractéristique sous forme de leadership, s'appuyant sur une subordination à la valeur intrinsèque, et reconnue presque unanimement, d'une personne. C'est que Max WEBER définit comme la « domination charismatique ». Dans ce contexte, il emploie la notion de domination au sens l'exercice d'un ascendant moral, de pouvoir influencer ou être influencé, de disposer d'une certaine autorité.

La sociologie des organisations, englobe généralement les notions d'autorité et de pouvoir dans le concept de légitimité. Le sociologue Philippe BERNOUX, dans son livre « *la sociologie des entreprises* »<sup>35</sup>, rappelle que l'exercice du pouvoir ne peut être effectif que s'il est considéré comme légitime et admis comme tel par les pairs. Concrètement, il est impératif que l'exécutant reconnaisse en l'Autre, le légitime droit à l'exercice d'une forme de domination à son encontre, de prise de décision, d'orientation stratégique. Le processus de légitimation, dans ce contexte, qui tend à identifier le procédé selon lequel les exécutants

---

<sup>32</sup> Bouquet, Brigitte. « La complexité de la légitimité », Vie sociale, vol. 8, no. 4, 2014, p. 14

<sup>33</sup> Habermas, Jürgen, « Raison et légitimité. Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé », Paris, Payot, 1978

<sup>34</sup> Weber, Max. « Le savant et le politique », Paris, Editions 10/18, 2002

<sup>35</sup> Bernoux, Philippe, « *La sociologie des entreprises* », Paris, Le seuil, 1995

reconnaissent, en certains, la légitimité de l'exercice du pouvoir est alors plurifactoriel. Elle relève des notions de savoirs et de connaissances, de compétences reconnues, d'une hiérarchie institutionnelle, du leadership...

Jean-Marc COICAUD, théoricien juridique et professeur universitaire, aborde l'idée intéressante, dans l'ouvrage « *Légitimité et politique. Contribution à l'étude du droit et de la responsabilité politique* <sup>36</sup>», que la légitimité trouverait son essence dans les normes sociales et culturelles d'un groupe défini. Consécutives à la définition, tacite ou explicite, de ces critères ou règles sociales, par les membres de cette organisation, ils sont alors reconnus par le groupe. Si comme, pour les autres auteurs, la question régaliennne est toujours présente, il s'agit ici de l'envisager sous l'aspect de l'appartenance à une structure sociale. Les lois qui la régissent ne seraient donc pas obligatoirement formalisées mais pourraient s'inscrire dans la mémoire collective du groupe, tel un habitus ou un usage. Dès lors, pour pouvoir être légitime, il convient, selon Jean-Marc COICAUD, de définir en amont les attentes, la finalité, les règles du groupe. Cette vision, qui semble assez évidente en premier lieu est un préalable indispensable à la mise en œuvre de chaque projet, et donc de celui qui nous intéresse plus particulièrement.

En complément de cette idée, Christoph EBERHARD<sup>37</sup>, anthropologue du droit, définit la légitimité autour de l'articulation entre le droit et la pratique. La légitimité, octroyant un « droit à... », existe alors sous sa forme concrète. Par ailleurs elle est également partagée collectivement puisqu'à nouveau, elle fait référence au groupe et à ses normes sociales établies par ses membres. Il autorise, au travers de cette conception, la mise en œuvre prioritaire de la pratique individuelle, l'individu pouvant représenter une personne physique comme une partie légitimée du groupe, sur les pratiques collectives et l'identité collective. Une fois encore, cette doctrine me semble particulièrement adaptée à la réussite de notre projet. En effet, c'est bien de l'obtention, par les membres du réseau et les bénéficiaires eux-mêmes, du « droit à accompagner aux soins et à la santé », les personnes en situation de précarité qu'il s'agit, pour être efficient et répondre à nos objectifs opérationnels.

Jacques LAGROYE, Professeur à l'Université Paris I au département de science politique, insiste sur la notion de légitimité durable<sup>38</sup>. Parfois considérée à tort comme une caractéristique intrinsèque à certains individus, ou une qualité acquise éternellement, il rappelle que ce modèle ne reflète pas la réalité. La légitimité serait bornée dans le temps

---

<sup>36</sup> Coicaud, Jean-Marc, « Légitimité et politique. Contribution à l'étude du droit et de la responsabilité politique », Paris, Puf, 1997

<sup>37</sup> Mise en débat du droit et de la gouvernance dans une perspective interculturelle. Dialogue entre Christoph Eberhard, anthropologue du droit, et pierre Calame, directeur de la fondation Charles Léopold Mayer. [www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/ficheanalyse-60.html](http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/ficheanalyse-60.html)

<sup>38</sup> Lagroye, Jacques, « La légitimation », dans Madeleine Grawitz, Jean Leca, « Traité de science politique », t. 1, Paris, PUF, 1985.

et nécessiterait, pour perdurer, la mise en place d'un processus de légitimation. Dans notre secteur d'activité, celui-ci peut prendre plusieurs formes telles que la formation continue permettant la mise à niveau constante des savoirs et compétences, par l'information et l'animation de réseau, par le portage de projets pertinents au regard des problématiques rencontrées... C'est de la réussite de cette « quête de légitimité » dont dépend la durabilité et la reconnaissance de la légitime action du SSIAD Précarité porté à destination des publics SDF.

#### **2.4.2 Le problème de la légitimité du SSIAD précarité porté par le PAU**

Comme nous l'avons vu, le PAU accompagne les personnes défavorisées, pour certaines tout au long d'un parcours d'insertion sociale, professionnelle, par le logement, d'autres sur un temps court permettant d'offrir un accès aux besoins primaires indispensables et certains, quelques minutes sur un trottoir ou dans un squat pour apporter un peu d'attention, un repas chaud, une couverture ou un minimum de lien social.

Par l'expérience empirique, par ses équipes formées, par les projets menés, par l'expertise reconnue dans ces missions d'accompagnement de ce public, le PAU en particulier et l'Unité Territoriale du Nord et du Pas-de-Calais en général disposent de toute la légitimité pour porter la question de la prise en charge de ce public sur le champ social. Cependant, le projet du SSIAD précarité nous amène, en plus des missions que nous connaissons déjà bien, sur un tout autre versant que celui connu. Il s'agit, cette fois d'aborder un public que nous accompagnons sur le volet social que nous maîtrisons, au travers du prisme médical, très éloigné de notre champ de compétences, du moins sur l'Unité Territoriale.

Dès l'obtention des résultats de l'appel à projet, nous avons souhaité rencontrer les acteurs de la santé afin de présenter le projet qui était le nôtre, qui avait été retenu par le jury et qui allait voir le jour prochainement. Cette reconnaissance constitue bien une forme de légitimité au sein d'un groupe restreint, ayant défini en amont ses règles et finalités à travers l'appel à projet et le cahier des charges, selon la définition de Jean-Marc COICAUD. D'après Christoph EBERHARD cette légitimité accorde donc, au SSIAD précarité COALLIA et porté par le Pôle d'Accueil d'Urgence, le droit à accompagner sur le champ médical, des personnes en situation de précarité. Evidemment, la légitimité attribuée par un groupe n'est pas transposable à un autre. La réunion de présentation que nous avons organisée avec les différents acteurs de la santé du territoire, avec les autres opérateurs et avec les dispositifs d'hébergement d'urgence s'est rapidement transformée en pugilat. Bien-sûr le projet n'était pas remis en cause par nos pairs associatifs et gestionnaires de dispositifs d'hébergement. Nous appartenons déjà à un même

groupement partageant le même langage, les mêmes valeurs, les mêmes missions et les mêmes problématiques. Nous étions donc légitimes pour porter ce projet. En revanche, nous avons très vite constaté que nous ne faisons pas partie du groupe des « professions médicales ». Comment osions-nous avoir l'audace de parler de soin et de santé ? Comment pouvions-nous comprendre les contraintes, la réalité de la saturation des services des urgences ou des PASS ? En toute objectivité, nous ne pouvions leur donner tort... Fort heureusement, nous avons anticipé ce risque. Je me chargerai, dans la partie suivante d'explicitier la stratégie que nous avons imaginé pour rapidement intégrer ce groupe, voire en définir un nouveau dans lequel les services de soin, les dispositifs d'hébergement, les associations travaillant pour les personnes en situation de précarité ont défini les critères et règles collectivement.

Comme j'ai pu le préciser, une des particularités, rendant le projet innovant, réside dans les maraudes réalisées conjointement avec celles du SAMU Social. Cette organisation offre la possibilité d'intervenir sur plusieurs champs d'action mais également d'aller au-devant des grands précaires, très désocialisés, avec lesquels il est long et difficile d'entrer en relation mais encore davantage de gagner leur confiance. Rejetant généralement l'Institution sous toutes ses formes, il est parfois nécessaire de s'approcher pendant plusieurs mois pour pouvoir échanger quelques mots. En revanche, le SAMU Social, reconnu dans ses missions, apportant nourriture, couverture et attention ne rencontre pas les mêmes difficultés ou plutôt de manière moins prononcée. Les savoir-faire acquis par les équipes pour entrer en relation, parfois mêmes les codes sociaux de ce groupe qu'elles maîtrisent, elles-mêmes pouvant appartenir à un groupe commun avec les personnes SDF, facilitent grandement la prise de contact. Cette organisation a pu mettre en lumière 2 difficultés liées à la question de la légitimité. La première a été découverte auprès du public lui-même. Identifiés, connus et rencontrés, depuis plusieurs années pour certains, par les salariés du SAMU Social, envers qui ils ont confié une partie de leur confiance puisqu'il s'agit des seuls ayant montré de l'intérêt à leur égard, la majorité ne reconnaissait pas, aux salariés du SSIAD Précarité en maraude, le droit de prendre soin d'eux. Dès lors, les échanges s'avéraient infructueux, et les personnes SDF rencontrées ne s'adressaient qu'aux salariés intervenant sur le champ social. L'équipe du SAMU Social faisait office d'intermédiaire pour aborder la question médicale, avec les déperditions d'information que l'on peut imaginer. Ils ont, parfois même, été les « mains » de l'équipe d'infirmiers en réalisant des soins de bases comme le changement de pansements par exemple. Evidemment nous abordons ici la deuxième difficulté liée à la légitimité, dans le cadre de cette organisation. Rapidement les salariés des 2 dispositifs ont pu faire remonter des interrogations quant à leurs missions respectives et leurs interventions sur le terrain, chacun se disant insatisfait de la prestation rendue et de la réelle efficacité de cette proximité professionnelle. Ainsi, 2 visions s'opposaient dans la compréhension de cette situation

d'échec potentiel. Les salariés de l'équipe mobile du SSIAD Précarité considéraient que les équipes du SAMU Social prenaient trop de place auprès des personnes sans domicile, sous prétexte d'une connaissance supérieure et de leur expertise dans l'approche de ce public. Dans ce contexte, ils leur étaient impossible de créer le lien nécessaire pour établir un climat de confiance indispensable et ainsi pouvoir prendre la pleine mesure de leur action et de leurs missions. Parallèlement, les salariés du SAMU social disaient avoir l'impression d'être les faire-valoir de l'équipe du SSIAD précarité. Evidemment cette impression revêtait un caractère insupportable puisque qu'aucune des deux équipes n'avait légitimité pour exercer une autorité hiérarchique ou fonctionnelle sur l'autre. Sur un autre plan, l'amalgame ainsi perçu dans le cadre des missions des travailleurs sociaux, venant ajouter, à l'insu de leur volonté, en plus de leurs missions habituelles, un regard sur l'aspect médical des personnes rencontrées, a entraîné une confusion chez les salariés. De leur propre aveu, ils étaient perdus dans leurs rôles, ne sachant plus qu'elles étaient les limites de leur action tout en ne se sentant pas eux-mêmes légitimes pour prendre en compte la question de la santé des personnes en situation de précarité.

### **2.4.3 Quelles pistes de travail d'après les auteurs**

Brigitte BOUQUET propose des outils pour gagner en légitimité en décrivant que « d'aucuns rappellent que la légitimité s'impose de diverses manières, par la tradition, le statut, la connaissance, l'expertise, la conviction...<sup>39</sup> ». Ces moyens forment les bases élémentaires permettant d'acquérir la légitimité. Ainsi nous avons utilisé une partie de ces possibilités au niveau du SSIAD précarité et de son équipe mobile, mais également auprès du SAMU Social, dans le cadre des maraudes conjointes.

Afin de s'assurer de l'expertise du dispositif, une attention particulière a été portée lors de la composition de l'équipe. Evidemment il était obligatoire de recruter des infirmiers diplômés d'Etat, des aides-soignants formés pour tous les gestes de soin. Par ailleurs certains avaient un profil d'autant plus intéressant pour avoir bénévolement ou dans le cadre de leurs activités précédentes, pu intervenir auprès des publics migrants de Calais ou du Puythouck. S'il ne s'agit pas du même public cible, les conditions de vie et d'hygiène dans les « landes » se rapprochent de celles à la rue. Egalement, l'infirmier que j'ai nommé coordinateur du dispositif travaillait au sein de l'Unité Territoriale COALLIA de la Somme dans un dispositif de « Lits Halte Soin Santé ». Cette mutation permettait d'associer les compétences médicales et la connaissance du public. Cette composition d'équipe a permis de gagner en expertise sur le champ du soin et de la santé mais pas celui de la connaissance des personnes en situation de précarité.

---

<sup>39</sup> Bouquet, Brigitte. « La complexité de la légitimité », *Vie sociale*, vol. 8, no. 4, 2014, p. 13

Quel meilleur moyen que la formation pour acquérir la connaissance ? Dans l'article « En quête de légitimité(s). Retour sur un dispositif de formation continue de professionnels de l'animation » de la revue « Savoirs », Hélène BEZILLE, psychologue clinicienne et psychosociologue, professeure émérite en Sciences de l'Éducation, rappelle que « *Le diplôme permet de certifier la légitimité de leur position (...). Les connaissances acquises par les formations sanctionnées par un diplôme leur fournissent alors une forme d'autorisation pour comprendre et se faire comprendre, pour pouvoir parler et répondre (...)*<sup>40</sup> ». Lors de la rédaction de la réponse à l'appel à projet, j'avais pu réaliser des recherches quant à des actions de formations spécifiques à l'accompagnement à la santé des personnes précarisées. J'ai pu en identifier un nombre assez important, ce qui corrobore le fait qu'il est nécessaire d'aborder différemment la question du soin quand il s'agit de ce public. Chaque salarié a donc participé à un parcours formatif, diplômant ou qualifiant. Par exemple, l'infirmier coordinateur est inscrit au Diplôme Universitaire « Santé Précarité » à l'Université Lille 2. Toute l'équipe a suivi la formation « précarité et parcours de soins » dispensée par le GRIEPS.

Si j'avais pu inclure cette participation dans la réponse à l'appel à projet, permettant donc d'affecter une partie du budget à cette action pour l'équipe du SSIAD précarité, en lien avec le service GPEC du siège, j'ai pu également inscrire les salariés du SAMU Social. La formation, dispensée en intra, favorisait ainsi la possibilité aux 2 équipes de créer un groupe, aux règles communes, aux savoirs partagés et avec la même finalité. Comme le défend Jean-Marc COICAUD, et comme nous l'avons identifié précédemment, il est bien nécessaire d'appartenir à un groupe pour définir la légitimité au regard des normes et attentes qui le régissent.

Toujours dans l'idée d'acquérir l'expertise et la connaissance nécessaire, comme le propose Brigitte BOUQUET, l'équipe du SSIAD précarité a partagé, pendant un peu plus d'une semaine, le quotidien du même type de dispositif, grâce à mon collègue directeur de l'Unité Territoriale du Finistère, à BREST. Evidemment, les échanges sont de nature à acquérir de nouvelles connaissances, de nouveaux savoirs. Si cet apport est bien sûr bénéfique pour anticiper la création du SSIAD Précarité, la découverte d'un fonctionnement déjà établi d'un service, disposant de la légitimité sur son territoire l'est encore davantage. L'apprentissage empirique ainsi obtenu, apporte l'expertise et la connaissance, vectrices de reconnaissance de la légitimité et donc du « droit à » intervenir auprès des personnes en situation de précarité, sur le champ du soin et de la santé.

Je souhaitais revenir sur la situation décrite précédemment lors de l'épisode de la présentation du dispositif aux professionnels de l'accompagnement social et à ceux de la santé. Pour les premiers, nous avons reçu un accueil très positif puisque nous appartenons

---

<sup>40</sup> Bézilla, Hélène, Nicolas Divert, et Francis Lebon. « En quête de légitimité(s). Retour sur un dispositif de formation continue de professionnels de l'animation », *Savoirs*, vol. 53, no. 2, 2020, p.64



à un même groupe dans lequel, comme le décrit Jean-Marc COICAUD, nous partageons règles, savoirs et expertise. Comme l'explique Christoph EBERHARD, cette légitimité nous donne donc, pour ce groupe, le « droit à » agir. Le problème s'est présenté avec les professionnels de la santé. Contrairement aux précédents, nous n'appartenions, pas encore, à un groupe commun, n'étions donc pas légitimes et ne pouvions pas intervenir dans le cadre d'un parcours de soin. Nous avons essuyé les plus vives critiques lors de la présentation du SSIAD précarité au sein du réseau. Notre expertise quant à l'accompagnement des personnes précarisées n'étaient absolument pas remise en question mais sur la question du soin, oui. Si la présentation de la composition de l'équipe a pu, un peu, désamorcer la crise, une autre stratégie a totalement validé notre projet. En faisant jouer les ressources internes de COALLIA. Le pôle de BREST étant très développé avec le SSIAD précarité mais également des LAM et LHSS, il dispose d'un médecin coordinateur. Nous lui avons demandé, à lui ainsi qu'une infirmière de BREST, de bien vouloir être présent. Evidemment, ils parlaient le même langage, en apportant les garanties nécessaires quant à leur expertise. Leur intervention a permis de générer un consensus sur la plus-value et la pertinence de l'action. En parallèle leur présence a participé à la création d'un nouveau groupe intégrant les accompagnants du social et du soin, grâce à leur légitimité à parler du public et de ses particularités, ainsi que de l'accompagnement à la santé et des contraintes réciproques. Les règles, les attentes, la finalité de ce groupe devenaient commune et créées par lui-même.

## **2.5 Le travail en réseau**

### **2.5.1 Le travail en réseau par les auteurs**

Après avoir pu expliquer l'importance de la reconnaissance de la légitimité par les acteurs et partenaires de ce projet, je souhaite réfléchir au processus de travail en réseau et de sa coordination. Nous pourrions constater que, par ailleurs, ces deux principes sont étroitement liés et interdépendants.

Le travail social dans le domaine de l'insertion, dans l'intérêt d'une population, intervient dans plusieurs champs d'intervention. L'accès aux droits, la formation, l'emploi, la santé, le logement sont autant d'axes de travail pour lesquels des acteurs différents interviennent, chacun restant dans son domaine de compétences. Avec la reconnaissance de la nécessité de travailler en réseau, est apparue également la notion de coordination de parcours ou de projet afin de rendre efficiente l'activité de ces réseaux. Je vais revenir dans cette partie sur la définition de ce concept, vue par les auteurs.

Le dictionnaire « LAROUSSE » définit le réseau comme un « *ensemble formé de lignes ou d'éléments qui communiquent ou s'entrecroisent* » et précise le sens dans le cadre militaire comme un « *ensemble de moyens de nature homogène pouvant communiquer entre eux* ». L'amalgame de ces 2 significations permet d'en comprendre le sens dans le champ de l'accompagnement social. En effet, on peut comprendre que le travail en réseau résulte d'un ensemble d'éléments, dans ce cas les établissements et les services, de nature homogène, donc ayant des desseins communs, qui participent aux projets d'insertion des personnes accompagnées communiquent entre eux. Cette vision semble assez explicite pour comprendre la notion de travail en réseau dans le champ de l'accompagnement des personnes exclues. Bien sûr, il n'est pas si simple de la mettre en œuvre, chacun des acteurs, spécialiste dans son domaine d'intervention, revendiquant sa propre qualité.

Régis DUMONT, éducateur spécialisé de formation et ancien responsable du département de l'intervention socio-éducative à l'IRTS Nord /Pas-de-Calais, rappelle à ce titre que « *Le secteur sanitaire et social est, en effet, une affaire de spécialistes et de spécialités. À chaque problème de l'utilisateur correspond un mode d'intervention particulier, spécifique, sur lequel s'est construite la légitimité des professionnels et des services les employant. Cette particularité participe à l'apparition du problème majeur de toute organisation structurée à partir de la division des tâches : la coordination*<sup>41</sup> ». S'il est facilement admis qu'un mode d'intervention séquencé et cloisonné par domaine de spécialité, dans lequel chacun travaillerait dans son coin, n'est pas pertinent, l'approche en réseau, dans un système devenu de plus en plus concurrentiel, n'est pas si simple à initier, chacun pouvant craindre de perdre sa spécificité. Il est donc nécessaire de trouver la meilleure façon de le coordonner.

De son côté, Maria MAÏLAT, anthropologue, rappelle dans la revue informations sociales<sup>42</sup> que la notion de réseau ne peut être traitée indépendamment de l'intérêt des usagers. En effet le réseau est décrit comme le dispositif coordonné du projet global de la personne accompagnée. Il ne doit pas être un énième outil d'intervention, venant lui-même abonder la liste déjà débordante d'acteurs intervenant auprès d'un public perdu face à cette multitude de professionnels. En outre, Maria MAÏLAT nous précise également qu'il est nécessaire que l'utilisateur lui-même soit acteur de ce réseau. Elle explique qu'« *une autre étape consiste à créer les conditions afin que les usagers deviennent des acteurs du réseau : la manière dont on parle d'eux, la place symbolique qui leur est réservée sont des*

---

<sup>41</sup> Dumont, Régis. « Principes et concepts », Philippe Dumoulin éd., Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale. Dunod, 2021, p. 4

<sup>42</sup> Maïlat, Maria. « Les réseaux dans l'intervention sociale. Repères critiques et méthodologiques », *Informations sociales*, vol. 147, no. 3, 2008, pp. 60 - 70

*indicateurs de l'existence réelle du réseau*<sup>43</sup> ». Il s'agit, à travers cette précision, de s'assurer à nouveau, que le réseau créé soit dans l'intérêt du public et qu'il puisse en bénéficier de manière effective.

En complément, Christophe ASSENS, Docteur en gestion et habilité à diriger des recherches (HDR) de l'université Paris-Dauphine et Aline COURIE LEMEURE<sup>44</sup>, maître de conférences, définissent le réseau comme une structure collaborative composée de plusieurs collaborateurs autonomes les uns des autres mais interdépendants dans la réalisation d'objectifs communs. Le réseau grandit à mesure qu'il vit en ajoutant des partenaires utiles à l'aboutissement des projets. Face à cette structuration croissante, Ils précisent que « *Le réseau concerne à la fois des partenaires le long d'une chaîne de valeur, mais aussi des concurrents engagés dans une stratégie de coopération* ». Face à la mise en concurrence, de plus en plus prégnante dans notre secteur d'activité, la coopération représente la stratégie selon laquelle la collaboration entre plusieurs entités concurrentes permet d'obtenir un bénéfice commun. Cette notion, mise en lumière par Barry NALEBUFF et Adam BRANDENBURGER<sup>45</sup>, tous 2 deux professeurs émérites en management, rappelle que le mode concurrentiel qui tend à s'établir, peut entraîner une plus-value plus intéressante que le simple fait d'avoir plusieurs opérateurs proposant des prestations similaires n'apportant finalement que peu de bénéfices supplémentaires aux différents publics accompagnés. De la coopération peut déboucher la mise en réseau et donc un accompagnement plus pertinent. Christophe ASSENS nous met en garde sur le risque principal, résultant de l'extension du réseau entre concurrents-partenaires. Se pose alors la question de l'animation, de la coordination et de la gouvernance de celui-ci en raison du nombre croissant d'interactions et d'intérêts. La question de la légitimité de la « tête de réseau » est donc à évaluer.

Nous pouvons bien constater que les 2 notions que j'ai choisi de définir dans le cadre de ce projet sont liées l'une à l'autre. Pour vivre efficacement, le réseau doit être coordonné et animé par un membre, physique ou moral, reconnu légitime par l'ensemble. Evidemment, on ne peut parler de lien hiérarchique, ni même de pouvoir décisionnaire lorsqu'il s'agit de travail en réseau. Cependant, il s'agit bien d'un groupe dans lequel les participants ont défini les règles et les finalités permettant de légitimer sa coordination et son animation par un de ses membres au regard de ses savoirs, de ses connaissances, de ses actions antérieures...

---

<sup>43</sup> Maïlat, Maria. « Les réseaux dans l'intervention sociale. Repères critiques et méthodologiques », Informations sociales, vol. 147, no. 3, 2008, p. 63

<sup>44</sup> Assens, Christophe, et Aline Courie Lemeur. « De la gouvernance d'un réseau à la gouvernance d'un réseau de réseaux », Question(s) de management, vol. 8, no. 4, 2014, pp. 27-36.

<sup>45</sup> Nalebuff, Barry, Brandenburger, Adam, « La Co-opération, une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération », Village Mondial, 1996.

## 2.5.2 Quelles problématiques sur le terrain ?

Pour expliquer la nécessité de travailler en réseau, Régis DUMONT écrit « dans un autre domaine, en phase d'insertion, un usager peut être amené parfois à rencontrer de multiples services différents et autant d'interlocuteurs... Certains usagers, en particulier les plus démunis, préfèrent renoncer à leurs droits les plus élémentaires plutôt que d'affronter, dans leur parcours d'insertion, ce kaléidoscope de professionnels et de services... Nombre d'entre eux considèrent les démarches, pour recouvrer leurs droits, comme un véritable parcours du combattant, surtout si ces services fonctionnent de façon cloisonnée...<sup>46</sup> ». A l'instar de ce qu'il décrit dans le champ de l'insertion, nous retrouvons la même problématique en ce qui concerne la santé des personnes précaires. Compte tenu des méandres des démarches administratives nécessaires à l'obtention de la couverture maladie PUMA indispensable pour mettre en place un parcours de soin, les personnes SDF ne sont généralement pas couvertes. Il faut remplir un dossier de demande auprès d'une assistante sociale de secteur. Au préalable, n'oublions pas qu'il est impératif d'avoir une adresse pour pouvoir engager ces démarches. Puisqu'elle est sans domicile et donc sans adresse, la personne en situation de rue se doit de se faire domicilier auprès d'une association agréée par l'intermédiaire des salariés. Bien sûr, il est nécessaire, avant, de se rapprocher du service social de la mairie pour prendre connaissance de la liste des organismes agréés par le préfet. On ne parle ici que de l'obtention d'une couverture maladie. Pour ajouter aux difficultés, il faut compter sur les prises de rendez-vous obligatoires, alors même que ce public accepte difficilement les contraintes et les obligations. Pour l'obtention de la PUMA, on compte déjà pas moins de 3 interlocuteurs et 3 services nécessaires. S'agissant du réel parcours de soin, il faut ajouter le médecin, les éventuels spécialistes, les pharmaciens, les infirmiers, induisant à chaque fois de connaître les coordonnées, de prendre rendez-vous, de le respecter...Autant de démarches rendues complexes pour le public à la rue. In fine, c'est une dizaine d'interlocuteurs qui peuvent intervenir dans ce cadre. Evidemment, ils pourront recevoir les soins d'urgence et de réparation, mais si nous ne fonctionnons pas en réseau, comment peuvent-ils bénéficier d'un suivi santé dans ces conditions?

Nous l'avons vu dans les parties précédentes, nous avons reçu un accueil mitigé lors de la présentation du dispositif auprès du futur réseau santé. Chacun revendiquant une place, une forme de légitimité ou dénonçant l'illégitimité de l'autre, les premières approches se sont avérées compliquées, voir démotivantes, tant les personnes réfractaires pouvaient, à elles seules, mettre en péril le projet présenté. Bien sûr, la mise en place d'un réseau ne peut se réaliser du jour en lendemain, ni même s'imposer d'elle-même ou s'exiger auprès

---

<sup>46</sup> Dumont, Régis. « Principes et concepts », Philippe Dumoulin éd., Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale. Dunod, 2021, p. 6

des autres, mais j'ai rapidement ressenti le poids de la concurrence, tout au moins de la crainte d'être en compétition, autour de la table. Si le SSIAD précarité, n'a pas vocation à se substituer aux services de soins historiques, visiblement c'est de cette manière que c'était compris pour certains. D'autres, plus réticents encore à ce projet, le prenaient comme un véritable affront. Pour eux, la création de ce service mettait en exergue les dysfonctionnements de leurs propres établissements, voire de leur incapacité à prendre en charge efficacement les personnes en situation de précarité. Il faut admettre que ce n'est pas la meilleure façon d'aborder le travail en réseau et il a fallu désamorcer les tensions avant de pouvoir imaginer de pouvoir collaborer.

Dans un premier temps, le « réseau » si on peut le nommer ainsi, a vécu une forme de lutte de pouvoir. Chacun souhaitant mettre en avant son action et la considérant prioritaire sur celles des autres, les premières rencontres ont été peu efficaces. L'incompréhension, la méconnaissance des missions et des contraintes, pour certains le désintérêt quant au rôle des participants rendaient les échanges caduques. Cette vision égocentrée ne permettait évidemment pas de créer les conditions propices à la mise en œuvre d'un réseau pertinent. Il a donc été nécessaire de prendre le temps indispensable à la présentation de tous, des missions des dispositifs, des contraintes vécues par chacun, des limites de chaque action mais également des attentes réciproques. Cette étape a permis de définir les bases communes aux membres du réseau. La deuxième étape a été de recentrer chacun sur un objectif commun. Dans ce contexte, c'est évidemment de l'intérêt public qu'il s'agit, matérialisé par l'accès au soin et à la santé. Cette manœuvre devait permettre de trouver une visée collective plutôt que de veiller individuellement à son propre intérêt. C'est de cette forme d'appartenance au groupe que peut se déclencher l'émulation du travail en réseau.

Ce préalable, chronophage mais indispensable effectué, se pose la question de faire vivre ce réseau et de sa coordination. Evidemment, le risque était d'initier des premières rencontres et de ne rien voir de concret ressortir de ces échanges, pour finalement, sans intérêt ou plus-value identifiés par les participants, le voir disparaître naturellement. Le SSIAD Précarité, à la frontière entre l'accompagnement social et le suivi médical, semble pouvoir jouer ce rôle. Il semble que cette organisation n'était pas aussi évidente pour tous les membres du groupe. Ainsi, la PASS de l'hôpital et son service social se sont « imposés » comme tête de réseau. Je n'avais pas vocation à occuper ce rôle et cette posture, prise par le centre hospitalier, me convenait parfaitement sans être complètement naïf quant aux réelles motivations. Rapidement le « réseau » risquait de se transformer en espace de résolution des problèmes rencontrés par la PASS en particulier et par le centre hospitalier en général pour se faire rembourser les soins prodigués. Sans PUMA ouverte, c'est sur les fonds de l'Aide Sociale de l'hôpital que ces frais sont financés. Bien sûr, c'est un risque qu'il faut mesurer et réduire au maximum, mais traiter, à postériori,

cette difficulté, en demandant à la CPAM un moyen pour récupérer les fonds engagés, n'est pas de l'objet du réseau. En revanche, anticiper et prévoir, avec les partenaires CPAM et CCAS, des procédures permettant l'obtention accélérée de la PUMA pour les personnes en besoin entrent totalement dans le cadre de ses prérogatives. Ce changement total de paradigme n'est pas simplement idéologique. En rappelant l'objectif initial, c'est-à-dire l'intérêt de la personne accompagnée, et en le définissant comme visée, de fait une partie des problématiques trouveront une issue positive. De l'intérêt du public à disposer d'une couverture maladie, il peut bénéficier d'un accès facilité aux soins et l'hôpital n'engage pas ses fonds.

### 2.5.3 Des outils proposés par les auteurs

Pour fonctionner correctement, un réseau de professionnel doit évidemment être animé et coordonné par une tête de réseau. Cependant, Philippe DUMOULIN, philosophe, éducateur spécialisé de formation et directeur-adjoint de l'IRTS Nord / Pas-de-Calais, précise qu'il ne doit pas y avoir de structure hiérarchique ni d'échelle de savoir au sein de celui-ci. Ainsi, le travail en réseau permettrait, selon lui « *de remettre en cause la hiérarchie entre « celui qui sait » et « celui qui apprend de celui qui sait » ; dans tous les cas, l'utilisation du réseau apparaît comme l'outil de réhabilitation des compétences détenues par chacun et de développement des échanges entre les acteurs, au cœur d'un enjeu démocratique consubstantiel à l'intervention sociale<sup>47</sup>* ». Evidemment la participation au réseau ne doit pas être synonyme de jugement réciproque mais doit être vecteur d'enrichissement collectif, par les apports et connaissances de chacun. Pour être efficient, il ne peut y avoir de meneur ou de décideur pour l'ensemble.

L'objet même du réseau se construit sur des fondations solides. Toujours dans l'idée de sa coordination, la tête de réseau ne peut, à lui seul, en définir les objectifs, ses missions ou sa finalité. C'est ce que rappelle Hervé SERYEX, conférencier spécialisé dans le management et les stratégies de développement commerciales lorsqu'il précise que « *en revanche, l'organisation en réseau implique le partage par tous ses acteurs d'une vision commune de valeurs, de principes, condition sine qua non d'un fonctionnement satisfaisant... Faute de sens, c'est-à-dire de signification et de direction, le réseau n'existe même pas. Contrairement à ce qui se passe dans la pyramide, la cohérence n'est plus maintenue par le sommet, mais par un projet et des objectifs communs<sup>48</sup>* ». C'est donc bien du socle de cette pyramide, construite sur la base des besoins du public et des attentes

---

<sup>47</sup> Dumoulin, Philippe. « Introduction générale », Philippe Dumoulin éd., Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale. Dunod, 2021, p. XVII

<sup>48</sup> Serieyx, Hervé, « Mettez du réseau dans vos pyramides », Paris, Éditions Village mondial, 1996, p.34

des professionnels dont dépend la solidité du réseau. On ne peut donc pas faire l'économie de prendre le temps nécessaire à définir ces axes de travail et objectifs communs pour faire vivre cette « pyramide ».

Face à la crainte de mise en concurrence, les associations adoptent parfois une stratégie agressive visant à conserver sa place dans le paysage associatif du territoire ou pour accroître son aura. Cette approche, bien que compréhensible, compte tenu des orientations des financeurs et des donneurs d'ordres, peut entraîner quelques dérives. Diminution de la qualité des prestations proposées, disparition des petites structures au profit des grosses associations, standardisation des prises en charges, absences d'innovations sont autant de risques que le travail et la mise en réseau peuvent résorber. A cette objet, Régis DUMONT nous rappelle qu' « *il peut apparaître opportun pour un établissement de rechercher une complémentarité avec une autre structure pour proposer d'autres services ou pour élargir l'éventail de prestations et ainsi répondre aux besoins actuels, plutôt que de prendre le risque de se lancer seul vers un marché*<sup>49</sup> ». Sans être la solution unique aux risques décrits précédemment, le travail en réseau ou les consortiums représentent des garde-fous, favorisant la collaboration et le partage des savoirs plutôt que l'isolement des professionnels dans leurs pratiques et fonctionnements singuliers, au détriment des publics que nous accompagnons. Cette pratique tend donc à améliorer les prestations rendues et favorise l'émergence de projets nouveaux et innovants, indispensables dans notre secteur d'activités, compte tenu de l'évolution des problématiques et des profils des personnes accompagnées.

Le réseau ne doit pas être une addition de services ou dispositifs similaires intervenants auprès d'un public commun. Sa richesse vient de la complémentarité de ses acteurs. C'est de la diversité des champs d'intervention des partenaires et protagonistes qui le composent que vient le bénéfice pour les personnes accompagnées. Nicole BROSS, responsable d'un service social au sein du Conseil général du Pas-de-Calais décrit à ce titre que, dans le cadre de l'accompagnement d'une situation professionnelle, « *la mise en cohérence et la recherche de complémentarité entre le réseau primaire reconstitué et le réseau secondaire a été une des préoccupations majeure du travailleur social dans la mise en œuvre de cette intervention et se traduit au quotidien par des actions des différents protagonistes...*<sup>50</sup> ». Nous sommes typiquement dans le cadre de la création d'un réseau de professionnels complémentaires dans l'intérêt des personnes accompagnées sur le dispositif, chacun apportant son expertise et ses compétences pour engendrer une plus-value dans l'accompagnement.

---

<sup>49</sup> Dumont, Régis. « Principes et concepts », Philippe Dumoulin éd., Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale. Dunod, 2021, p. 11

<sup>50</sup> Bross, Nicole. « Des exemples d'intervention à partir des réseaux », Philippe Dumoulin éd., Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale. Dunod, 2021, p. 145

### **3 Adapter l'offre de service du pôle d'accueil d'urgence pour faciliter l'accès au soin et à la santé des personnes en situation de précarité**

#### **3.1 Un plan d'action battit sur les retours du terrain et d'expériences**

Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, si notre projet a pu être valorisé et validé par le jury de sélection, lui apportant une part de légitimité, il ne remportait pas la même recevabilité auprès de l'ensemble des professionnels participants aux parcours de santé des personnes en situation de précarité. Reconnus par certains, désavoués par d'autres, la mise en œuvre de la création du SSIAD Précarité ne pouvait pas s'imaginer sans trouver ou tout au moins chercher l'adhésion de nos « détracteurs ». Sans volonté de contenter tout le monde, il me semble indispensable d'être reconnu légitime pour la réussite de ce projet, qui fait intervenir le champ du sanitaire et celui du social. Ces 2 secteurs rencontrent habituellement des difficultés à collaborer et nos premières démarches pour faire connaître le service ont confirmé cette tendance. La question de la pertinence du travail en réseau s'est rapidement posée mais la réponse s'est imposée d'elle-même. Bien sûr, un SSIAD Précarité ne peut s'imaginer qu'en appartenant à un réseau de professionnels de la santé, de l'accompagnement social, de la CPAM...

Je vais présenter une partie des actions menées en faisant un focus sur le réseau à développer, puis sur la démonstration de la légitimité de l'Unité Territoriale COALLIA pour porter le projet.

##### **3.1.1 La question du réseau**

###### *a) Un réseau à construire...*

Pour construire le réseau, il est nécessaire de passer par plusieurs étapes indispensables. En premier lieu, nous nous sommes attachés à recenser les besoins en compétences et en moyens nécessaires pour permettre de faciliter l'accès au soin et à la santé des personnes en situation de précarité. Cette démarche préalable nous a permis de mettre en parallèle les acteurs ayant les compétences ou attributions pour répondre à ces besoins. Nous avons vu que, hors urgences, l'obtention de la PUMA est fondamentale pour pouvoir mener un projet de soin. De fait, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie devait faire partie du réseau. Une adresse étant indispensable, les dispositifs de domiciliation sont



des acteurs incontournables. Protagonistes principaux des municipalités pour mettre en œuvre les solidarités et organiser l'aide sociale et lutter contre l'exclusion, comment ne pas faire participer les Centres Communaux d'Action Sociale ou les Unités Territoriales de Préventions et d'Action Sociale ? Les intervenants du soin et de la santé ont été également identifiés. Bien sûr les PASS ont été interpellées. Les personnes en situation de grande précarité peuvent également souffrir de troubles psychiques ou de dépression chronique nous avons fait appel au Centre Médico-Psychologique. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive mais permet d'illustrer la démarche qui a été entreprise pour pouvoir trouver la complémentarité attendue.

Evidemment, la volonté de disposer de ce réseau va bien au-delà de la création du SSIAD précarité, et doit participer plus globalement à l'amélioration de la prise en charge des soins des personnes précarisées. Bien sûr, ce projet a joué le rôle de détonateur mais ne peut, à lui seul motiver le besoin.

L'étape suivante a permis à chacun de se rencontrer. Bien sûr nous connaissons certains, travaillant généralement dans le même champ d'activité, pour nous être rencontrés lors de réunion, pour avoir participé aux mêmes formations ou colloques... En revanche, nous ne côtoyons que trop rarement les professionnels du sanitaire. Nous connaissons les noms, les fonctions, mais ces liens sont trop faibles pour les considérer comme des relations de partenariat. Réussir à s'installer, tous ensemble, autour d'une table, devait être salubre mais n'a pas été simple à initier. Dès la fin de l'année 2020, nous avons tenté d'organiser des échanges, sans rencontrer un franc succès. Le contexte sanitaire mondial en était vraisemblablement responsable en partie. Probablement peu légitime pour engager ces démarches, je me suis rapproché de l'Agence Régionale de Santé pour définir une stratégie. En février 2021, à l'occasion de l'évaluation intermédiaire du PRAPS 2018 – 2023 organisée par l'ARS, nous avons pu mettre tous les acteurs autour de la table. Dans les axes d'améliorations identifiés, évidemment le manque de coordination entre les secteurs sanitaire et social a été démontré et le projet du SSIAD précarité a pu être présenté.

Au-delà de cette rencontre, c'est la première fois que nous pouvions présenter, les uns aux autres, nos missions respectives, nos difficultés, nos contraintes, nos préoccupations... De la connaissance des autres, résulte la compréhension des rôles et des limites. Nous avons découvert l'émergence d'un intérêt commun des professionnels réunis. La question de la santé des personnes précarisées ne se posait pas uniquement pour le PAU ou les acteurs sociaux. Nous n'étions pas les seuls sur le territoire à ne pas se satisfaire de l'inefficience du fonctionnement actuel. Services de l'Etat, administration, acteurs du sanitaire et de la santé, dispositifs d'hébergement, services sociaux, tous semblaient s'intéresser à la question de l'accès aux soins et à la santé des SDF, chacun dans son champ de compétences et d'intervention, individuellement... De la rencontre et

par la complémentarité des acteurs identifiés, les difficultés rencontrées par certains trouvaient des solutions dans les attributions ou les réflexions des autres. Nous avons pu créer un annuaire et un « portefeuille de compétences partagées » au bénéfice des personnes accompagnées.

Le réseau était né.

*b) ...et à faire vivre*

Evidemment construire un réseau n'est pas une mince affaire mais il faut admettre que ce n'est pas forcément la plus grosse difficulté à relever. Règles, objectifs, publics, limites, missions, ces sujets ont été réfléchis et définis assez facilement, ce qui démontre que nous pouvons bien parler de réseau. D'une finalité commune, nous avons pu élaborer les détails de l'action en utilisant les compétences de chacun pour atteindre nos intentions. A ce titre le SSIAD Précarité s'intégrait totalement au même titre que les autres protagonistes.

J'avais bien identifié que pour une partie, nous n'étions pas encore totalement légitimes pour porter le projet du SSIAD Précarité et donc pas du tout pour animer le réseau, aussi, j'ai fait le choix stratégique de laisser à d'autres, l'initiative de l'animer et de le faire vivre. D'emblée les PASS des hôpitaux du territoire ont souhaité prendre cette place, ce qui semblait convenir à l'ensemble. Personne d'autre d'ailleurs n'a démontré la volonté d'occuper cette fonction, comme si l'aura de l'HPST étouffait toute velléité d'émancipation... Il va de soi que ce réseau est toujours à l'état embryonnaire, puisqu'il résulte d'une réunion animée par l'ARS en février 2021, soit il y a un peu plus de 6 mois. Par ailleurs, on ne peut balayer l'absence de coopération, voire parfois une forme d'animosité, entre les secteurs sanitaire et social, aussi rapidement. Si les interactions informelles, ou hors cadre, semblent fonctionner assez bien, chacun utilisant le carnet d'adresses créé ensemble pour répondre à des difficultés rencontrées, en revanche les réunions de réseau peinent à adopter un rythme régulier. Le portage initial, à l'initiative des PASS du Hainaut, reste en attente d'une mise en œuvre efficiente. Bien sûr chacun possède sa charge de travail, cependant il n'y a eu qu'une seule rencontre réalisée en 6 mois. Plus questionnant encore, aucune autre n'a été programmée. Malheureusement, la seule réunion qui ait eu lieu à ce jour, n'a pas débouché sur une session de travail pertinente. Il semble que la tête de réseau ait confondu animation et gestion prioritaire de ses difficultés rencontrées. En effet, la séance s'est résumée en l'interpellation, par la PASS, de chaque partenaire pour lui faire part d'une problématique pour demander quelles solutions ils pouvaient proposer. Sans réciprocité, et en hiérarchisant le savoir ou le besoin, à l'instar des préconisations de Philippe DUMOULIN, le fonctionnement même du réseau serait remis en cause.

Si on peut considérer le SSIAD précarité comme une sorte de chaînon manquant entre le sanitaire et le social, ou au moins le lien entre les 2, il pourrait être judicieux qu'il occupe ce rôle de tête de réseau. Par sa double casquette il dispose d'une certaine neutralité qui peut légitimer cette place. Par ailleurs, s'il y a bien un acteur pour lequel ce réseau est fondamental, il s'agit bien de ce service par son double champ de compétence, par sa création en cours et par les besoins multiples et dans divers domaines des personnes qu'il accompagne.

### **3.1.2 La quête de légitimité**

#### *a) Les connaissances et la reconnaissance*

Nous avons démontré, par la proposition faite par Brigitte BOUQUET, que la reconnaissance de la légitimité s'acquière grâce à plusieurs moyens. L'expertise et la connaissance en font partie. Je ne doute pas que le PAU et ses salariés possèdent ces qualités, en ce qui concerne l'accompagnement des personnes en situation de précarité et leurs besoins notamment en matière d'accès au soin, aussi, je peux facilement m'appuyer sur cette ressource. J'ai pu rassembler les représentants des différentes structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes SDF, avant la réunion du réseau. Je voulais impérativement avoir un groupe « acquis à ma cause » avant d'aborder cette rencontre et avoir une sorte de « contre-pouvoir » à opposer au réseau médical, qui voulait s'imposer comme leader, au détriment des règles que nous avons décrites pour faire vivre un réseau.

Comme je m'y attendais, nos préoccupations et les besoins que nous faisons remonter étaient les mêmes. Nous faisons bien sûr face aux mêmes difficultés, et nos publics souffraient des mêmes obstacles pour pouvoir se faire soigner. Evidemment la plupart était informé de l'appel à projet pour la création d'un SSIAD Précarité qui était paru, certains y avaient même également répondu. J'ai donc présenté le projet qui avait été retenu pour m'assurer qu'il correspondait, selon eux, aux nécessités du public en situation de précarité. Quelques points d'attention et de vigilance identifiés plus tard, nous avons pu conclure que le SSIAD précarité COALLIA apportait une réponse pertinente aux complications rencontrées sur le terrain. Cette solution donnée et validée, apportait la légitimité nécessaire au projet, de la part de nos pairs et pouvait donc être soumise à celle des autres membres du réseau et du champ sanitaire.

L'intérêt d'avoir fédéré les confrères de l'accompagnement social n'était pas une manière de réaliser « un putsch » mais bien de démontrer auprès des secteurs sanitaires et des administrations que le besoin est identifié par un ensemble de professionnels

experts. Les difficultés rencontrées et remontées collégalement dans ce cadre ne pouvaient pas être contestées et ne relevaient donc pas d'une lubie du PAU, de COALLIA ou de l'ARS. Le travail effectué au préalable avec nos confrères venait confirmer notre légitimité à porter la problématique auprès des professionnels du sanitaire, mais pas à intervenir dans ce champ qui leur est réservé. Pour pouvoir obtenir cette reconnaissance, nous devions pouvoir parler le même langage, avoir les mêmes centres d'intérêts, les mêmes savoirs faire et partager des compétences et capacités d'interventions. Nous avons donc mis en œuvre les moyens nécessaires pour parvenir à démontrer que le SSIAD Précarité pouvait répondre à toutes ces contraintes imposées.

*b) Un attention particulière portée à la composition de l'équipe de soin*

Comme l'acronyme le signifie un SSIAD ne peut s'imaginer sans que les professions de santé ne soient représentées. Il peut s'agir d'une évidence mais c'est un préalable indispensable.

En tant que directeur d'Unité Territoriale, j'occupe la fonction de direction pour un équivalent temps plein de 10%. Ce temps de travail est dédié à la gestion administrative et budgétaire du service, la définition des axes stratégiques du projet et au développement du SSIAD précarité et bien sûr à la gestion des ressources humaines. Si 0,10 ETP peut sembler peu, il révèle l'importance de fonder une équipe de direction pertinente, avec un infirmier coordinateur répondant totalement aux attentes du poste et « compatible » avec mon mode de management afin de créer une réelle émulation.

Nous avons pris le temps nécessaire pour recruter le bon infirmier coordinateur. C'est ce dernier qui est en charge de développer le lien entre patients ou usagers, équipes et intervenants extérieurs. Il veille à la qualité et la continuité des soins, dans le respect du projet de soin défini. Il a également la responsabilité d'organiser le retour au domicile du patient (en centre d'hébergement ou à la rue), dans les meilleures conditions possibles. Bien sûr, l'infirmier coordinateur est le garant de la supervision des soins prodigués. Il peut donc être amené à faire les ajustements nécessaires en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients accompagnés. Véritable chef de service, il est chargé de la mise en place des outils réglementaires issus de la loi 2002-2, manage l'équipe, assure la cohérence des plannings... Celui que j'ai nommé connaissait l'association, le public et les particularités de la mission pour avoir travaillé dans une autre Unité Territoriale COALLIA au sein d'un dispositif de « Lits Halte Soins Santé ».

4 infirmier(e)s ont été recrutés. Leur fonction principale consiste à évaluer les besoins des patients, qu'ils soient en structure d'hébergement ou à la rue. Ils établissent des diagnostics, afin de définir des protocoles et des projets de soins personnalisés. Ils

participent également à rompre l'isolement social des patients en situation de précarité et leur apporte une attention à laquelle ils ne sont plus habitués. Les infirmiers assurent également la nécessaire gestion administrative des soins pratiqués et les dossiers informatisés.

5 aides-soignantes complètent l'équipe de soin et de santé. Elles concourent à l'entretien et à la qualité de vie des patients en participant aux soins de nursing, dits soins de base, et relationnels. Elles ont également un rôle de prévention, de stimulation et d'éducation auprès des personnes rencontrées. Ces soins d'hygiène et de confort visent à maintenir l'intégrité de la peau, à restituer et/ou maintenir l'autonomie et la dignité de l'usager et à soulager sa souffrance physique et mentale.

Nous avons choisi également de recruter un psychologue. En effet parmi les SDF, on rencontre des personnes en grande détresse psychologique en lien avec leur situation, mais également des personnes souffrant de maladies mentales ou d'addiction. Il dispose d'un bureau au sein des locaux du SSIAD pour recevoir les patients, mais il participe également à des maraudes avec l'équipe mobile. Evidemment son action se déroule différemment du cadre thérapeutique habituel afin d'établir le lien entre le clinicien et son patient, en respectant ses codes sociaux et ses singularités.

Pour essayer de garantir la continuité des soins, en permettant aux personnes SDF de se rendre chez les spécialistes ou tout partenaire de santé, nous avons créé un poste de conducteur VSL. Son rôle n'est pas différent des conducteurs dans d'autres types de structures, à la différence qu'il peut effectuer des transports de la rue à la rue en passant par les cabinets des professionnels de santé. La coordination est indispensable puisque dans ce cadre, c'est lors des maraudes du SAMU social ainsi que celle de l'équipe mobile dans les squats ou dans les lieux de subsistance de chaque SDF qu'il leur est rappelé les rendez-vous à honorer. Le conducteur VSL réalise également des transports lorsque les personnes accompagnées par le SSIAD précarité sont hébergées en centre d'hébergement.

Pour gagner en compréhension et en pertinence sur le fonctionnement, l'équipe est partie en immersion au sein du SSIAD précarité COALLIA de BREST pendant 10 jours. En faisant cette expérience les salariés ont pu rapidement comprendre les particularités d'un tel dispositif ainsi que d'en percevoir les difficultés et les points sur lesquels l'action doit être appuyée. C'est à partir de cette expérimentation que la nécessité de créer un poste de conducteur VSL a été identifiée. Je me suis rapproché de l'ARS pour en démontrer le besoin et la plus-value mais j'ai essuyé un refus quant au financement. L'appel à projet venant d'être validé, ce n'est qu'à l'occasion de son évaluation qu'un complément de budget pourrait être discuté. C'est finalement auprès de la DDCS que j'ai pu obtenir la prise en charge du salaire. En faisant le lien entre le SAMU social, le SSIAD précarité et les structures d'hébergement financées par la DDCS qui pourraient bénéficier de la plus-value

dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation de précarité, je n'ai pas eu à beaucoup insister pour obtenir la subvention pour le salaire du conducteur et le véhicule adapté.

c) *La formation professionnelle continue*

Si la composition de l'équipe et les compétences qu'on en attendait ont fait l'objet d'une réflexion nécessaire et d'une réadaptation, compte tenu du constat des besoins que nous avons identifié, nous avons décidé de mettre les moyens fondamentaux pour mettre les salariés dans les bonnes dispositions pour prendre en charge un public atypique. L'immersion au sein du SSIAD précarité de BREST, dès les premiers jours suivant leur recrutement, en était un. Préalable à la création de la cohésion d'équipe, ainsi qu'à la rédaction du futur projet de service, l'ensemble de l'équipe a participé à des actions de formation.

Dès la fin du premier mois suivant la création du SSIAD précarité, l'équipe a suivi la formation « Précarité et rupture des parcours de soins » dispensée en intra. Pour cette action nous avons pu également intégrer des salariés du SAMU social afin de créer le lien entre les 2 dispositifs amenés à travailler en étroite collaboration. Cette formation, sur 5 jours consécutifs, représente un lourd investissement pour un service venant d'être créé, mais j'avais prévu sa prise en charge financière dans la réponse à l'appel à projet. En outre les apports théoriques associés aux expériences vécues rendent les pratiques plus pertinentes. Dans le cadre de cette formation, un certain nombre de notions essentielles ont été abordées :

- Appréhender ce qu'est la précarité
- Appréhender ce que sont les parcours de soin dans le cadre de la précarité
- Caractériser les effets de la précarité sur la santé et la santé mentale
- Proposer une démarche de prise en soin adaptée à la situation de précarité dans une logique de parcours
- Identifier les acteurs de la prise en soin des personnes en situation de précarité

Ces 5 axes de formations me paraissent être les fondamentaux à maîtriser pour l'équipe d'un SSIAD précarité.

En plus de cette action de formation, nous avons inscrit l'infirmier coordinateur au Diplôme Universitaire « santé et précarité ». Cette formation longue et diplômante pourra lui apporter les connaissances complémentaires et nécessaires à l'analyse des situations pour pouvoir définir des projets de soin cohérents et adaptés. Il permet :

- D'acquérir les connaissances fondamentales sur les notions de précarité, de santé et de solidarité et les interactions entre types de précarité et santé
- De comprendre et se familiariser avec les dispositifs et les outils disponibles pour l'accompagnement des personnes en situation de précarité
- Développer les compétences et les savoir-faire nécessaires pour contribuer efficacement à la prise en charge pluridisciplinaire des problèmes de santé et l'accès aux soins des populations et des personnes en situation de précarité

Armée efficacement, l'équipe dispose de tous les outils nécessaires à la réalisation de leurs missions.

La constitution de l'équipe, proposant des salariés diplômés dans le domaine du soin et de la santé, les formations suivies, en amont de la création du service, et dispensées par le GRIEPS (Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Education des Professions Sanitaires et Sociales) et à l'université Lille 2 qui héberge la faculté de médecine ont permis de légitimer l'action auprès des professionnels de santé du réseau car ils avaient les mêmes références.

## **3.2 Le SSIAD Précarité**

### **3.2.1 Le projet retenu**

L'appel à projet n°2020-1, paru le 12 juin 2020, concernant la création d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile pour personnes en grande précarité sur le secteur du Valenciennois prévoyait la création de 25 places. Il est le résultat des axes du projet régional de santé 2018 – 2028 pour garantir un accès à tous au système de soins et de santé, ainsi que des échanges entre l'Agence Régionale de Santé et les fédérations du secteur du soins à domicile qui ont conclu que les SSIAD n'intervenaient que très rarement dans les lieux d'hébergement des publics en situation de grande précarité et qui se trouvent de fait exclus de ce type d'accompagnement. Cette création se devait d'être une réponse à la réduction des inégalités et à la lutte contre l'exclusion.

Le dossier de réponse à l'appel à projet devait être déposé pour le 25 septembre 2020 au plus tard. A l'issue de l'examen de recevabilité de notre dossier nous avons été convoqués par la commission d'information et de sélection le 10 décembre 2020. C'était l'occasion de présenter notre projet, lever les incertitudes, liées en grande partie à notre méconnaissance du champ sanitaire et avons répondu aux dernières interrogations du jury

quant à l'organisation du service. Je pense que notre expertise quant au public cible et les propositions innovantes issues de la connaissance des personnes en grande précarité et des difficultés rencontrées, inhérentes à leur accompagnement ont fini de persuader les membres du jury de la pertinence de notre projet.

Le 15 janvier 2021, nous avons reçu la confirmation que notre projet avait été retenu pour une création au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2021. Nous avons tout mis en œuvre pour respecter les échéances, tout en honorant nos engagements concernant la création de l'équipe, les formations préalables, les rencontres avec les partenaires... Après quelques petites péripéties, liées en grande partie aux ressources humaines, sans grande importance in fine, le SSIAD précarité COALLIA a finalement officiellement ouvert ses portes le 5 avril 2021.

Le projet proposé s'articule autour de 2 axes principaux qu'il me paraissait indispensable de mettre en valeur compte tenu des singularités du public cible et pour répondre, au mieux, aux attentes de l'ARS. Je détaillerais ensuite les soins prodigués par les professionnels du soin, et les actions du SSIAD précarité dans le cadre des missions du service.

a) *La coordination du parcours de santé*

Le parcours de santé est l'action conjointe et combinée des professionnels de santé et des structures sanitaires dans le but d'organiser la prise en charge la plus complète et pertinente possible, des patients en situation complexe. Il définit, à la suite d'un diagnostic indispensable, les orientations dans le système, les actions thérapeutiques et les modalités d'organisation du suivi. Il propose une prise en charge globale et a pour visée finale de faire bénéficier au patient de la bonne réponse médicale, médico-sociale et/ou sociale.

Après des années à la rue, le manque d'hygiène, de suivi médical et les conditions de vie difficiles ont souvent des impacts néfastes sur l'état de santé des personnes précarisées. De lourdes pathologies en résultent et les soins qui en découlent sont, de fait longs et font appel à différents professionnels et intervenants de différents champs. Un parcours de soin doit donc être défini pour permettre une meilleure cohérence des soins prodigués. De fait une coordination de parcours est indispensable pour veiller à sa bonne application, veiller à sa pertinence en l'évaluant et le réadapter pour maintenir sa cohérence le cas échéant.

Dans la grande majorité des cas, l'expertise indispensable à l'élaboration d'un parcours de santé est directement fournie par les médecins généralistes, qui connaissent



l'histoire du patient, son environnement et sa situation sociale. Cependant pour les patients en situation de précarité, pour lesquels le recours à une multitude d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social) est nécessaire, ce rôle ne peut pas être tenu par un médecin généraliste. Les compétences et connaissances du SSIAD précarité permettent de mieux évaluer les situations et de mobiliser toutes les ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficace (recours aux professionnels de santé, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions, orientation vers les dispositifs spécifiques type LHSS ou LAM...). Bien sûr, une prescription médicale recommandant le besoin d'un suivi SSIAD est nécessaire pour qu'il puisse se mettre en place. Celle-ci peut être effectuée par un médecin de la PASS, que la personne soit en structure d'hébergement ou à la rue. Cependant, le praticien, ne connaissant ni la personne ni ses antécédents et ne le rencontrant généralement qu'une fois, voire pas du tout parfois, c'est à l'équipe du SSIAD que revient la responsabilité de la coordination du parcours de santé. Le lien et la confiance entre le médecin et l'infirmier coordinateur du SSIAD doivent donc être forts pour permettre les ajustements nécessaires et les bonnes prescriptions.

b) « Aller vers »

Pour illustrer l'intérêt de la démarche d'« aller vers », Céline ADLOFF, Éducatrice spécialisée et animatrice de prévention, explique dans un article de la revue VST que c'est « *Parce qu'il n'a pas forcément les codes sociaux nécessaires, ni l'accès au lieu institutionnel, qu'il a à surmonter des obstacles voire des hostilités dirigés vers des points de précarité visibles, nous lui consacrons une attention par un déplacement vers et dans les espaces qu'il fréquente. Pour ce faire, l'aller vers se pratique spécifiquement à pied, en deux roues, en voiture, en camion... ou par un combiné de modes. Il permet de rencontrer sans conditions préalables les personnes, là où elles sont, et là où elles en sont(...). Ainsi, l'aller vers inconditionnel s'opère sans contrepartie, sans attente du travailleur social envers l'autre, il s'inscrit dans une libre adhésion, sans pression et sans contractualisation* <sup>51</sup> ».

Evidemment en matière de soin et de santé, la démarche doit être identique pour être efficiente. Rapidement l'idée d'une équipe mobile du SSIAD précarité a germé dans mon esprit et a été intégrée au projet global. L'intention initiale était d'aller vers le public afin de le rencontrer, d'effectuer une première évaluation et d'initier la volonté de rencontrer les professionnels de santé adéquats le cas échéant. L'élaboration de la confiance devait permettre de convaincre la personne SDF d'entrer dans une démarche de soin. L'équipe

---

<sup>51</sup> Adloff, Céline. « « Aller vers » pour lier avec les personnes à la marge », VST - Vie sociale et traitements, vol. 139, no. 3, 2018, pp. 5-12.

pouvait alors travailler des orientations en LAM ou en LHSS pour permettre la mise en œuvre de la démarche de soin associée à un lieu d'hébergement garantissant le respect des normes d'hygiène, favorable à la rémission. Après une rapide démarche d'investigation auprès de ces dispositifs du département et des SSIAD précarité, j'ai pu conclure qu'un grand nombre de grands précaires refusait ces solutions et abandonnait, de fait, le parcours de soin. En effet, l'hypothèse de quitter la rue et ses codes, pour certains de devoir laisser leur animal de compagnie, de laisser son lieu de squat, au risque de le retrouver occupé peut-être réhivatoire.

Afin de proposer une solution adaptée à ce public, nous avons eu l'idée d'équiper l'équipe mobile d'un camping-car aménagé pour les besoins de la mission. S'il ne remplace pas les établissements d'hébergement médico-sociaux, il offre l'avantage de permettre un accès à l'hygiène, aux soins de nursing et infirmiers. Equipé d'une salle de bain accessible aux personnes à mobilité réduite et d'une petite salle de soin infirmier permettant le suivi des soins, les diagnostics et l'évaluation du parcours de santé, ce camping-car est rapidement devenu un outil indispensable pour le SSIAD précarité, même si, autant que faire se peut, la promotion des LHSS ou LAM, lorsque la problématique de santé le nécessite, reste la solution préférentielle. Les 2 solutions combinées permettent de diversifier les propositions d'offre de soin et laisse le choix aux personnes précarisées à qui, généralement, on n'offre plus ce luxe depuis longtemps. Bien sûr, le choix n'est pas définitif et il est tout à fait possible, pour un sans domicile fixe, après une période d'accompagnement via le camping-car, d'opter pour une solution d'hébergement médico-social. En effet les salariés continuent de porter un discours raisonné, adapté à l'état de santé, dans l'intérêt du patient

Dans l'article cité précédemment, Céline ADLOFF insiste sur l'importance que la « rencontre » se fasse en binôme. En effet, en introduisant d'un tiers dans le cadre de l'entrée en relation offre la possibilité de multiplier les façons d'accueillir, d'écouter l'autre, de se positionner quant aux situations rencontrées, de proposer des solutions adaptées, de cheminer dans l'analyse... Je partage totalement sa position, aussi, les maraudes de l'équipe mobile du SSIAD précarité s'effectuent toujours avec deux salariés. De manière préférentielle ce binôme est composé d'un(e) infirmier(e) et d'une aide-soignante. Le psychologue participe, une fois par mois environ, aux maraudes mais il vient renforcer l'équipe et ne remplace pas un agent.

En plus de ce binôme, les maraudes de l'équipe mobile se réalisent généralement avec le SAMU social. Cette organisation offre l'avantage de proposer 2 modes d'interventions totalement différents, 2 missions singulières, 2 champs distincts mais tous les 2 dans l'intérêt des personnes en situation de précarité. Les équipes sociales intervenant dans la rue, depuis quelques années, connaissent les grands précaires et ont pu gagner leur confiance avec le temps, ont identifié leurs lieux de squat, partagent certains

de leurs codes sociaux... Par ailleurs, elles sont identifiées par les personnes SDF elles-mêmes pour leur proposer une prestation alimentaire, des couvertures, des boissons chaudes l'hiver, mais également des temps d'attention permettant de maintenir des liens sociaux.

c) *Les soins et les actions du SSIAD précarité*

Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 cadre l'action des SSIAD en général. Après 17 ans, il n'y a pas eu d'autres textes révisant l'action de ces services et celui de 2004 et donc toujours en vigueur. En son article 1, il affirme que les SSIAD « assurent, sur prescription médicale, des soins infirmiers, sous la forme de soins techniques, de base ou relationnels ». L'ensemble des soins réalisés par l'équipe du SSIAD précarité fait donc l'objet d'une prescription médicale, généralement par un médecin de la Plateforme d'Accès au Soin et à la Santé. L'article 2 de ce même décret, précise que ces soins infirmiers doivent être délivrés à domicile ou éventuellement dans les établissements médico-sociaux qui en font office pour les personnes en situation de précarité. On peut constater qu'il n'est pas fait mention des grands précaires pour lesquels il faudrait considérer la rue ou le squat, comme un domicile. Si l'interprétation de la signification que l'on fait de ce mot rend cette vision difficile à admettre, la définition même de celui-ci n'est pourtant pas aussi réductrice. En effet on entend par domicile le « lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle<sup>52</sup> ». Considérant que malheureusement, la rue est bien le lieu dans lequel vivent les personnes SDF de façon habituelle, on peut la considérer comme leur domicile. Le SSIAD précarité peut donc prodiguer des soins, prescrits par un médecin, dans les établissements médico-sociaux mais également dans la rue. Cette précision effectuée, il est maintenant possible de décrire les actions de soins qui peuvent être effectuées 7 jours sur 7 :

- Les soins de nursing, qui se composent de quatre axes: l'hygiène, la surveillance et l'observation, la prévention et le suivi relationnel. En matière d'hygiène, il s'agit de tâches comme l'accompagnement à la toilette ou les bains de pieds par exemple. Dans le cadre de la surveillance, il s'agit de vérifier les constantes, de contrôler la glycémie, l'état cutané, la vérification du poids... Les actions de prophylaxie s'articulent autour de la prévention des escarres, des chutes, de l'alimentation ou l'hydratation. Enfin la prise en compte de l'autre, l'écoute indispensable à l'analyse

---

<sup>52</sup> Définition du dictionnaire Larousse

des besoins et l'intérêt porté à la personne en situation de précarité sont aussi, voire plus importants que les autres soins de nursing.

- Evidemment une partie de l'action du SSIAD consiste à pratiquer des soins infirmiers classiques. Ils réalisent diverses injections (insuline, vaccination, antibiotiques...), pansements, bandages... Les infirmiers du SSIAD précarité sont actuellement mobilisés pour la campagne de vaccination contre la COVID 19 pour les personnes SDF ou en situation de précarité, hébergées dans des établissements médico-sociaux. Pour des raisons évidentes de conservation du vaccin, cet acte s'effectue au sein de nos locaux.
- L'accompagnement psychologique fait partie intégrante des soins prodigués. Les conditions de vie difficiles, les histoires de vie chaotiques, les addictions destructrices, l'isolement sont autant de causes ayant un impact sévère sur la santé mentale des personnes en grande précarité. En parallèle, nous l'avons vu, les risques de suicide sont très importants chez cette population. La proposition de rencontrer le psychologue du SSIAD est un outil supplémentaire à disposition du public.
- En fonction des besoins identifiés, les patients peuvent également bénéficier de soins paramédicaux délivrés par un pédicure, un psychiatre, un ergothérapeute ou un kinésithérapeute. A ce titre, le SSIAD précarité établit le lien avec les acteurs du soin et de la santé. Par les relations instaurées et leurs connaissances du secteur médical, les infirmiers sont, évidemment, plus facilement entendus lorsqu'il s'agit d'orienter quelqu'un en grande détresse vers le secteur psychiatrique, ou vers un spécialiste.
- Dans le cadre du suivi des parcours de soin, l'accompagnement des patients fait partie des prestations proposées. A la rue ou en structure d'hébergement, un conducteur VSL, peut se charger de transporter les bénéficiaires afin qu'ils puissent honorer leurs différents rendez-vous avec les spécialistes ou le médecin prescripteur.

### **3.2.2 Le fonctionnement**

#### *a) Les horaires*

Dans la volonté d'assurer la continuité des soins, Le SSIAD précarité fonctionne 7 jours sur 7, jours fériés inclus. Un accueil physique et téléphonique est assuré dans les locaux. Le service est joignable pendant les heures d'ouverture du lundi au vendredi. Le

soir, week-end et jours fériés, le numéro de l'astreinte Coallia est communiqué aux bénéficiaires.

Toutes les personnes prises en charge en SSIAD doivent bénéficier de soins dispensés selon une amplitude horaire adaptée. Les soins sont donc prodigués du lundi au dimanche de 7 h 30 à 11 h30 et de 16 h 30 à 19 h 30. Le planning des tournées est élaboré par l'infirmier coordinateur. Ces horaires ont été définis pour respecter les périodes de prise des traitements et afin de permettre la pratique des soins d'hygiène le matin et en fin de journée. Evidemment, ils peuvent être amenés à évoluer en fonction des besoins mais surtout avec les retours d'expérience, s'il s'avère qu'ils ne sont pas adaptés pour respecter le rythme des soins.

*b) Les instances de coordination et de régulation*

- La réunion de service : Elles sont animées par l'infirmier coordinateur. Bimensuelles elles permettent à chaque salarié de pouvoir y participer au moins une fois par mois en fonction du planning d'intervention. C'est un espace où sont évoquées les questions matérielles, ainsi que celles relatives à l'organisation du service. Ces réunions constituent également un espace de discussion et d'échanges qui permet de faire le point sur les interventions du service, d'interroger les pratiques professionnelles, ainsi que la pertinence des procédures adoptées et des outils utilisés, afin de les faire évoluer pour améliorer les fonctionnements internes. Ce faisant, elles permettent d'ajuster les organisations, d'anticiper et de gérer les contraintes et difficultés rencontrées. La réunion de service est aussi le lieu privilégié de construction de projets transversaux ou de programmes d'actions ayant vocation à être développés de manière collective. Enfin, la réunion de service permet aussi de travailler sur les questions de coopération et de partenariat, au besoin en invitant des intervenants extérieurs.
- Les réunions mensuelles d'Unité Territoriale : Des réunions de direction sont également organisées par le Directeur d'Unité Territoriale. Les objectifs de ces espaces de réunion consistent à organiser et suivre l'activité des établissements, fixer les orientations locales et définir les actions à mener. Elles contribuent à l'analyse des résultats et à mettre en place, le cas échéant, les actions correctives utiles. L'infirmier coordinateur participe à ces réunions, auxquelles assistent tous les cadres de l'unité territoriale.

c) *Les dispositions relatives aux droits des usagers*

De manière opérationnelle, afin de garantir l'effectivité des droits des usagers, mentionnés dans l'article L.311-3 du CASF, notre système de management par la qualité prévoit la mise en place des sept outils au service des usagers prévus par la réglementation (art 311-4 à 311-8 du CASF). Ces outils sont mis en place dans tous les établissements Coallia :

- Le livret d'accueil (circulaire du 24 mars 2004 art L311-4 du CASF). A ce titre, un livre d'accueil sera remis par le SSIAD lors de l'admission de la personne, il présentera les services proposés et les modalités pratiques d'organisation du service.

- La Charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 8 septembre 2003), annexée au livret d'accueil (art L.311-4 du CASF)

- Le document individuel de prise en charge. Ce document est un élément du projet personnalisé.

- La possibilité pour toute personne prise en charge ou son représentant, en vue de faire valoir ses droits, de faire appel à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le Président du Conseil Départemental. Cette liste figure dans le livret d'accueil.

- Le règlement de fonctionnement du service. Il indique les droits et obligations des personnes accompagnées par le SSIAD (art R.311-35 du CASF)

- La participation des usagers (décret du 25 mars 2004). Afin d'assurer la participation des bénéficiaires, le SSIAD mettra en place des enquêtes de satisfaction (art D.311-23 du CASF). Ces enquêtes seront étendues aux professionnels des dispositifs AHI.

- Le projet de service : document important à la fois pour les bénéficiaires car il est garant de la qualité des prestations, mais également pour le personnel, il constitue un document de référence dans leur pratique quotidienne. Ce projet vient décrire l'existant au niveau du SSIAD qu'il positionne dans son environnement institutionnel et fixe des objectifs d'évolution et de développement du service et de ses interventions.

d) *Les ressources humaines*

Pour fonctionner correctement, le SSIAD précarité a besoin d'une équipe pluridisciplinaire dont nous avons pu définir les missions précédemment. Elle est composée de:

- Un directeur d'Unité Territoriale à 0,10 ETP
- Un infirmier coordonnateur à temps plein

- 4 infirmiers pour un équivalent de 3,40 ETP
- 5 aides-soignants à temps plein
- Un psychologue à 0,40 ETP
- Une secrétaire à 0,50 ETP
- Un conducteur VSL à temps plein
- L'équipe est renforcée par des intervenants extérieurs (kinésithérapeutes évalués à 0.15 ETP et d'autres professionnels (pédicure-podologue, orthophoniste) évalués à 0.10 ETP).

En plus de l'équipe d'accompagnement, le fonctionnement du SSIAD fait intervenir les autres salariés de l'Unité Territoriale de Coallia par mutualisation des moyens:

- Le directeur de l'Unité Territoriale : Il Elabore et met en œuvre le budget, est garant de l'évaluation et de la Démarche Qualité. Il représente l'association
- L'Assistante de Direction : elle fait le lien avec le siège pour tout ce qui concerne les ressources humaines
- L'Equipe technique : elle réalise l'entretien courant des locaux
- L'Equipe service : elle effectue le nettoyage des parties communes, l'entretien des espaces extérieurs et est responsable de la gestion des ordures ménagères
- Le chargé de mission finance : Il coordonne toutes les opérations budgétaires et financières
- Le responsable logistique : Il coordonne et dirige toutes les actions de soutien logistique (achat d'équipement, suivi des véhicules et des équipements, fonctionnement des outils informatiques, ...)
- L'astreinte opérationnelle (H24, 7/7, 365/365) : Elle est Assurée simultanément à deux niveaux distincts : niveau direction de l'unité territoriale et niveau chefs de service. Cette double astreinte permet de garantir le traitement réactif de toutes les problématiques susceptibles d'impacter la vie et la santé des résidents ou la quiétude des lieux d'hébergement

En outre, la proximité de plusieurs établissements de l'Unité Territoriale Nord et Pas-de-Calais COALLIA offre la possibilité d'avoir recours à des mutualisations entre établissements, qui facilitent la permanence du soutien, améliorent les économies de moyens et permettent un accompagnement de meilleure qualité dans le respect des budgets qui nous sont alloués.

## e) *Les moyens*

Pour les déplacements, les salariés du service ont à leur disposition des véhicules de service. 3 véhicules sont mis à disposition exclusivement du SSIAD précarité et un quatrième est mutualisé avec les autres services présents sur le site. Un camping-car, totalement équipé pour permettre de pratiquer les soins d'hygiène ainsi qu'un bureau de soin infirmier complète le parc automobile. Celui-ci dispose également d'un équipement informatique avec un accès internet.

Le service est relié au réseau intranet de Coallia et chaque salarié dispose d'une adresse de messagerie Outlook. Les équipes ont à disposition, un téléphone portable professionnel pour permettre, lors de leurs déplacements et leurs interventions au domicile des bénéficiaires, de rester joignable. Les numéros sont transmis également aux patients afin que les salariés puissent répondre à d'éventuelles urgences ou être informés de potentiels changements lors des tournées.

Le logiciel de gestion « APOZEME » est utilisé pour faciliter la gestion du service. Il est conçu spécifiquement pour les dispositifs de soins à domicile. C'est un outil qui gère le suivi des patients et des prises en charge tels que les transmissions, et les protocoles de soins. Il permet également d'éditer les documents réglementaires de type registre médical, liste de mouvements, données du rapport d'activité annuel... Enfin, le module de planification permet la gestion des tournées, les visites et le roulement du personnel.

L'équipe du SSIAD a rejoint les services déjà présents sur place, à savoir le Pôle d'Accueil d'Urgence, ainsi que le siège de l'unité territoriale Nord.

Sur le site, les locaux sont répartis de la manière suivante :

- un bureau d'accueil
- un espace de convivialité permettant au public de s'asseoir pour partager un café ou simplement échanger avec un salarié.
- un bureau pour l'infirmier(e) coordinateur
- un bureau pour les infirmiers et les aides-soignants
- un bureau pour le psychologue
- une salle de réunion, une cuisine et des sanitaires sont mutualisés avec les autres dispositifs sur le site



### **3.3 Les objectifs opérationnels**

#### **3.3.1 Les résultats visés**

Face à un public toujours en plus grande précarité, la question de la santé qui lorsqu'elle est mise à mal représente un frein majeur à tout projet d'insertion est plus que jamais une priorité. Elle peut remettre en cause le maintien en hébergement du ménage lorsque celui-ci souffre de pathologies qui ne sont pas prises en charge par les professionnels de la santé.

Les travailleurs sociaux dans les institutions sont le plus souvent démunis face à ce public. Par ailleurs, il nous est particulièrement difficile de trouver des professionnels de la santé qui peuvent prendre en charge cette catégorie de la population. Pour ce public qui n'est pas mobile, avec des problématiques de santé qui le plus souvent sont placées au second plan, la notion « d'aller vers » est plus que jamais d'actualité. D'une manière plus générale, il convient de retenir que pour nos publics très fragilisés, les problématiques sociales sont la plupart du temps interdépendantes de problématiques santé. Elles doivent donc être traitées simultanément. A ce titre, un des enjeux principaux est celui de la réduction des inégalités sociales de santé, comme le rappelle le PRAPS. Pour y parvenir, il faut chercher à décroiser les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux aujourd'hui relativement imperméables.

Aussi, la création d'un SSIAD précarité dans le département du Nord doit répondre, sans équivoque, aux besoins des personnes hébergées dans les établissements du dispositif AHI. Ce projet se doit de venir tisser des liens étroits, entre les secteurs du social, du médico-social et du sanitaire. en effet, un SSIAD géré par un organisme social comme le nôtre ne peut que faciliter la mise en œuvre d'une telle synergie et ce pour plusieurs raisons :

- L'association Coallia est un acteur majeur en pleine expansion dans le département du Nord que ce soit dans le secteur de la demande d'asile (SPADA, Centre d'Accueil et d'Examen des Situation, Centre d'Hébergement d'Urgence Migrants, Centre de transit, Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile...) ou dans l'accompagnement des personnes dites de droit commun (hébergement d'urgence, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Centre Provisoire d'Hébergement, Intermédiation Locative, Service Insertion Logement, SAMU Social...)
- L'accompagnement des personnes vulnérables est notre cœur de métier, nous mettons un point d'honneur à instaurer une relation de confiance qui est incontestablement la base de tout accompagnement.

- Notre implantation notamment sur le secteur d'intervention du SSIAD nous conforte le portage de ce projet grâce à notre réseau partenarial tissé année après année avec les professionnels du social et du sanitaire.
- Nos relations privilégiées avec l'ensemble des acteurs du dispositif AHI, du SIAO, sont un atout majeur pour l'intégration et l'intervention de ce service.

Le Projet Régional de Santé 2018 – 2028, définit comme objectif majeur de garantir l'accès au système de santé pour tous, quelle que soit la situation sociale. Evidemment la volonté initiale est de rendre universellement accessible le système de santé de droit commun. Cependant, il est indispensable d'apporter des réponses singulières aux besoins de soins pour les personnes le plus éloignées du droit commun, voire qui en sont exclues. Nous l'avons identifié précédemment, une grande partie de ce public, hébergé dans les établissements d'accueil, d'hébergement et d'insertion, ou vivant à la rue, peut présenter de graves problématiques de santé qui nécessiteraient la mise en place de soins infirmiers et de nursing délivrés par des infirmiers libéraux et/ou des Services de Soins Infirmiers à Domicile.

Les fédérations du secteur du soin à domicile, dès la fin d'année 2012, à l'issue d'une enquête sur le fonctionnement des dispositifs ont conclu que les SSIAD classiques interviennent trop rarement dans les lieux d'hébergement accueillant les publics en situation de grande précarité. De fait, ils se trouvent écartés de ce type d'accompagnement. Evidemment, et je le comprends facilement, les interventions au sein même de la rue sont totalement inexistantes. A ce titre, la création d'un SSIAD précarité se présente comme une réponse pertinente et spécifique aux besoins en soins de nursing et infirmiers de personnes hébergées dans les établissements relevant du secteur « Accueil Hébergement et Insertion » et bien sûr celles à la rue.

Aussi, au-delà de ces missions très pragmatiques de délivrances de soins, le rôle du SSIAD précarité est d'exercer la fonction « d'interface de proximité » et « d'aller vers » les publics très marginalisés et éloignés des questions de santé. Cette approche, d'entrer en relation dans le cadre des interventions, d'être à l'écoute et d'accompagnement aux soins participe à la mise en œuvre d'un processus d'autonomisation en santé et d'intégration dans le droit commun.

Au même titre qu'un SSIAD participe au maintien à domicile des personnes bénéficiaires, j'attends, du SSIAD précarité, un bienfait collatéral. Par le soutien apporté aux équipes sociales des dispositifs d'hébergement et la coordination du parcours de santé, il doit faciliter le maintien des personnes suivies.

En résumé, le SSIAD précarité a pour vocation de :

- Dispenser des soins infirmiers et des soins d'hygiène au sein de l'établissement qui accueille le bénéficiaire, ou à la rue.

- Faciliter l'accès aux soins des personnes confrontées à des problèmes de santé au sein des dispositifs d'hébergement, ou à la rue.
- Maintenir ou restaurer l'autonomie
- Sensibiliser le bénéficiaire à l'observance du traitement et l'importance du suivi médical
- Dispenser des conseils

En lien avec l'équipe éducative de l'établissement qui accueille le bénéficiaire, le SSIAD a volonté de :

- coopérer avec les équipes éducatives des établissements afin de mettre le résident dans une relation de confiance qui lui permettra de pouvoir accéder aux soins et favoriser l'amélioration de sa santé et son maintien dans la structure d'hébergement.
- mettre en œuvre le projet personnalisé en lien avec le référent social de l'établissement.

### **3.3.2 Les indicateurs**

Pour pouvoir évaluer la pertinence du projet, il était indispensable de définir des indicateurs pertinents. Certains semblent assez évident à déterminer, et permettent d'estimer mathématiquement les actions menées. En revanche, il est également nécessaire d'apprécier la plus-value qualitative pour pouvoir apporter les corrections nécessaires le cas échéant. Bien sûr, le faible recul, du fait de l'ouverture très récente du SSIAD Précarité, rendra les données inutiles pour conclure sur l'efficacité ou non du dispositif. Je vais cependant les détailler, tels qu'ils seront utilisés pour évaluer les prestations fournies et leur adéquation avec les missions attendues.

#### *a) Les indicateurs quantitatifs*

Evidemment, le premier des indicateurs à mesurer et à analyser sera le nombre de personnes accompagnées. Si la file active attendue est de 30 patients, bien sûr, on peut considérer qu'au final, 3 à 4 fois plus de personnes auront été suivies par le dispositif en un an. Cette donnée est issue de l'analyse des rapports d'activités des autres SSIAD Précarité de l'association qui ont une durée existence plus longue. Bien sûr connaître le nombre de personnes accompagnées permet de savoir si le service est calibré pour répondre au besoin et si l'estimation de la file active est cohérente.

Il faudra dénombrer les soins effectués ainsi que leur nature. Cet indicateur propose un double intérêt. En premier lieu, il paraît évident que tous les soins ne prennent pas le même temps d'exécution. En analysant la nature des soins, il est possible de définir si l'équipe, dans sa composition actuelle est en mesure d'effectuer l'ensemble des actes infirmiers. C'est aussi le moyen de définir plus efficacement les tournées et de gérer la liste d'attente. Dans son rôle d'observatoire de la santé des personnes en situation de grande précarité, connaître la nature des soins prodigués, et donc les pathologies dont souffrent le public suivi, est indispensable pour connaître l'évolution de son état de santé et ainsi anticiper les problématiques.

Si elle peut paraître accessoire, la question des kilomètres parcourus me semble pourtant indispensable à évoquer. En effet, l'arrondissement de Valenciennes sur lequel l'action du SSIAD précarité se situe, s'étend sur une superficie de plus de 630km. Evidemment les déplacements auront un impact non négligeable sur l'activité et sur la qualité de vie au travail des salariés. Egalement c'est le moyen de mieux comprendre la charge de l'équipe mobile, qui, par définition, va au contact des personnes précarisées. Bien sûr l'action du conducteur VSL fera également l'objet de cette évaluation pour appréhender l'importance de la mise en place de ce moyen supplémentaire au bénéfice de la mission.

Enfin, il me paraît important de mesurer la durée de prise en charge moyenne des personnes accompagnées. Au-delà de la simple donnée chiffrée qui donne une indication quant au temps passé au sein du dispositif, cette information mise en concordance avec les pathologies identifiées permet de justifier la mise en œuvre efficace des outils d'accompagnement et de l'efficacité du service. En d'autres termes, plus la prise en charge est longue, plus on peut en déduire qu'un réel parcours de soin a été initié et surtout suivi par le patient.

#### *b) Les indicateurs qualitatifs*

Concernant les indicateurs qualitatifs, le premier à mesurer, selon moi, serait le nombre de parcours de soin initiés et complétés. Il conviendra d'opposer celui-ci au nombre d'abandon enregistré. Ces données pourront qualifier la plus-value de l'action du SSIAD vis-à-vis du public précaire. En effet une enquête menée au sein d'un Centre d'hébergement et d'aide aux personnes sans abri, a pu démontrer que les abandons de soins étaient le résultat du refus, pour les personnes précaires, de maintenir l'accompagnement médical avec le soignant et également de la non observance du

traitement<sup>53</sup>. Il s'agit donc bien d'une responsabilité personnelle. Le soutien de l'équipe du SSIAD précarité peut-il avoir un impact positif auprès du public ? Il me semble essentiel de pouvoir le vérifier.

Pour les usagers accueillis en structures d'hébergement du dispositif AHI, je pense que l'action du SSIAD doit pouvoir illustrer le lien entre la démarche de soin engagée et le maintien au sein de l'hébergement. Certaines pathologies, notamment les addictions ou les troubles psychiques, peuvent entraîner des comportements inadaptés. Sans prise en compte de ces problématiques, le risque d'exclusion ou d'abandon volontaire est important. La prise en compte de la santé est donc un préalable indispensable pour initier la démarche d'insertion.

En parallèle, c'est la pertinence du binôme SAMU Social et équipe mobile qu'il est utile d'évaluer. Le nombre de maraudes communes, les prises de contacts avec les personnes à la rue, les demandes d'interventions infirmières à l'initiative des salariés du SAMU Social sont autant d'indicateurs permettant de mettre en évidence les bénéfices de ce projet. Le recours au camping-car, permettant d'aller vers les personnes en grande précarité pour pouvoir apporter une partie des soins directement dans la rue, représente l'aspect le plus innovant de l'action. C'est de la complémentarité avec le SAMU Social que cette expérimentation peut prendre sa pleine dimension et démontrer l'intérêt d'un tel dispositif.

Enfin, par ses spécificités d'intervention, le SSIAD précarité et son équipe mobile sont en capacité d'identifier les différences et les points communs dans les besoins en matière de soins infirmiers entre les personnes à la rue et celles hébergées sur les dispositifs AHI. Cette information permet d'observer les impacts de la vie à la rue sur la santé. Toujours dans son rôle d'observatoire, il est possible de vérifier comment évoluent les pathologies qu'on vive dans les conditions les plus précaires ou en établissement hébergement. La démarche est identique en ce qui concerne le processus de rémission. Les protocoles de soin à venir peuvent ainsi être adaptés, compte tenu de ces observations, afin d'améliorer les prises en charge.

### **3.3.3 Le bilan de l'action**

Ouvert en Avril 2021, il peut être difficile de dresser un premier bilan de l'action cependant, quelques constats et pistes de réflexions s'imposent déjà à moi pour faciliter l'accès au soin des personnes en situation de grande précarité.

---

<sup>53</sup> Benoist, Yann. « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, no. 3, 2008, pp. 5-34.

Les débuts semblent prometteurs en ce qui concerne la pratique des soins. Très rapidement les premières orientations nous sont parvenues et l'équipe a répondu présente. Après 4 mois d'ouverture, l'objectif d'une file active de 30 patients est atteint, et c'est plus de 40 personnes qui ont déjà été accompagnées par le service. Si les pathologies rencontrées ont été diverses et variées, ce sont les soins de nursing et d'hygiène qui représentent la part la plus importante des activités du dispositif.

Le SSIAD précarité a pu bénéficier des partenariats et contacts établis par les autres établissements présents sur le territoire. Bien sûr, il est nécessaire de développer davantage ces relations, puisque les attentes réciproques sont totalement différentes, mais la mise en œuvre des échanges a été fortement facilitée par l'héritage du pôle d'accueil d'urgence. Le carnet d'adresses établi en amont permet également de connaître les interlocuteurs privilégiés afin de répondre aux différents besoins des personnes que nous accompagnons.

Les prestations de l'équipe mobile se développent et le projet prend également tout son sens. Les interventions, directement au sein du camping-car, apportent une réponse, certes partiellement satisfaisante car elle ne permet pas la même efficacité qu'en hébergement, mais réelle et pertinente à une problématique identifiée. Pourtant quelques aménagements pourraient permettre de rendre l'action de cette équipe mobile, associée au SAMU social plus efficace. Le service rendu aux personnes précarisées pourrait être un meilleur outil d'insertion grâce à quelques modifications et adaptations des attributions de chacun.

Evidemment, chaque création de dispositif s'accompagne de l'euphorie de voir son action se mettre en œuvre, de découvrir les bénéfices apportés par le dispositif. C'est aussi l'occasion de vérifier si les projections que nous avons faites en matière de plus-value s'avèrent exactes. Le projet couché sur le papier ne reste qu'une représentation idéale de l'action que nous souhaitons mener et qui ne s'est pas encore heurtée à la réalité et à l'opérationnalité. En fonction des premiers retours et constats effectués, nous avons la possibilité de réadapter le fonctionnement, de proposer des pistes d'amélioration et apporter les corrections nécessaires.

Nous avons pu voir que le réseau, auquel le SSIAD précarité appartient, n'est pas des plus pertinents. Certes il s'est créé il y a peu et de manière un peu imposée par l'intervention de l'ARS, cependant il peine à évoluer. Les acteurs du réseau et les partenaires mobilisables sont bien identifiés et certains canaux fonctionnent bien. Mais il s'agit généralement de la prolongation des liens historiques bâtis entre le PAU et ces interlocuteurs. Bien sûr les réunions de réseau ne sont pas référencées dans le fonctionnement institutionnel des dispositifs, services et établissements qui y participent et elles ne peuvent s'inscrire dans la même rythmicité que les réunions d'équipe par exemple. Cependant, nous n'avons pu nous réunir qu'une seule fois en 6 mois, fin avril 2021. Depuis

aucune nouvelle rencontre n'a été organisée par la tête de réseau. Evidemment la crise sanitaire est vraisemblablement chronophage pour les professionnels de la PASS, cependant cette crise impacte tout autant les personnes en situation de précarité au sein des hébergements d'urgence et davantage encore celles à la rue. N'ayant pas forcément accès aux services de soins, aux centres de vaccination il semble important de pouvoir coordonner les actions entre partenaire afin d'assurer au public le même droit aux vaccins, aux dépistages, aux soins... Gageons qu'il ne s'agisse pas d'un désintérêt de leur part et quand à ce réseau et que celui-ci pourra vivre plus efficacement.

Il m'apparaît maintenant que son fonctionnement doit être amélioré. Pour apporter plus de poids aux structures sociales qui interviennent dans ce cadre, je pense y intégrer les chefs de service des établissements du PAU. Cette manœuvre, me permettra de ne pas être le représentant unique pour COALLIA, mais d'ajouter 3 cadres supplémentaires intervenant dans le champ de l'accompagnement social. Par ailleurs leurs relations avec les autres chefs de services des établissements œuvrant auprès des personnes en situation de précarité permettent de fédérer les acteurs autour d'un projet commun.

Egalement, par sa double casquette sanitaire et sociale, le SSIAD précarité offre l'opportunité d'avoir une double vision des centres d'intérêt et des champs d'intervention. Cet avantage certain pourrait lui permettre d'être l'animateur du réseau dans la mesure où il n'a pas de conflit d'intérêt et peut être le liant opérationnel entre le champ sanitaire et le champ de l'accompagnement social. Dans cette hypothèse, le réseau serait alors plus interactif et permettrait de programmer les rencontres nécessaires pour le faire vivre. Ce serait également l'occasion, à l'image des cellules de cas complexes de pouvoir échanger sur des situations particulières et compliquées mobilisant plusieurs partenaires afin de trouver des solutions adaptées et conjointes.

Sur un autre aspect, il me semblerait intéressant que le SAMU social puisse être habilité, par la préfecture, pour être un lieu de domiciliation. Cette opportunité pourrait faciliter l'action du SSIAD précarité en offrant la possibilité, pour les personnes à la rue de bénéficier d'une adresse et donc de procéder à l'ouverture des droits. En effet, nous l'avons vu, les démarches pour bénéficier de la PUMA sont complexes et font intervenir différents acteurs. La possibilité de réaliser la domiciliation et la demande de PUMA par le travailleur social du SAMU social faciliterait grandement l'obtention d'une couverture de santé et permettrait donc la mise en œuvre des soins plus facilement.

Enfin, victime de son succès, le chauffeur VSL ne peut, à lui seul, couvrir l'ensemble des besoins d'accompagnement vers les professionnels de santé. Les demandes affluent de l'ensemble des dispositifs d'hébergement qui n'ont, eux non plus, pas les moyens de gérer l'ensemble des transports, compte tenu des taux d'encadrement faibles. Dans l'attente de pouvoir re-calibrer ce service en fonction des réels besoins identifiés sur le territoire et de pouvoir demander des subventions complémentaires,

vraisemblablement après une année d'exercice, c'est le SAMU social qui pallie au déficit de moyen. Il effectue quelques accompagnements pour soutenir le chauffeur VSL et permettre la continuité du parcours de soin des patients. Cette situation ne peut être que temporaire et permettra de quantifier réellement le nombre de transports effectués afin de définir les ressources humaines nécessaires et les besoins matériels permettant de remplir pleinement la mission.



## Conclusion

La prise de conscience progressive par les services de l'inégalité face au droit à la santé et aux soins a engendré des orientations pour réduire les discriminations, à travers les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins ou les Contrats Locaux de Santé. Un des axes importants de ces dernières années est de ne pas exclure les exclus, du droit à se faire soigner. Diverses propositions ont déjà été proposées pour leur faciliter l'accès au soin. Les Lits Halte Soins Santé et les Lits d'Accueil Médicalisés en sont le parfait exemple et apportent des solutions pertinentes pour les personnes en situation de précarité dont l'état de santé nécessite, en plus de soins infirmiers, d'un hébergement adapté. Ces options se présentent généralement en traitement post hospitalisation et permettent au patient d'assurer sa rémission avant un retour à la rue.

La prise en compte des besoins des personnes nécessitant une vigilance de la part d'un infirmier ou d'une aide-soignante, sans y associer un hébergement adapté est longtemps restée sans solution spécifique. Les SSIAD pouvant intervenir au sein des dispositifs d'hébergement, aucun problème ne semblait se dessiner. Dans les faits, rares sont les interventions effectuées dans les dispositifs d'hébergement AHI. Ce constat a permis la création des premiers SSIAD précarité qui, en fonction de la plus-value apportée, ont ouvert la voie à l'ouverture d'autres services similaires.

Porte d'entrée du projet de création d'un SSIAD précarité COALLIA sur le territoire du Valenciennois, j'ai pu mettre en œuvre ce dispositif compte tenu du taux de précarité élevé sur ce secteur. La paupérisation de la population locale et le nombre croissant de SDF identifiés ont largement contribué à reconnaître ce territoire comme prioritaire pour la mise en œuvre de ce service. L'expertise de l'Unité Territoriale Nord et Pas-de-Calais et de son Pôle d'Accueil d'Urgence, les compétences en matière d'accompagnement plurisectoriel de COALLIA, ont largement légitimé notre projet auprès du comité de sélection. Au-delà de la prise en charge au sein des dispositifs d'hébergement, la volonté « d'aller vers » le public a pu être poussée au maximum en prévoyant la possibilité de prendre soin à même la rue, le domicile des personnes sans domicile. Ce projet dans le projet a reçu un intérêt majeur auprès des organismes de tutelles qui y ont vu un nouvel outil d'accompagnement permettant de réduire d'avantage les inégalités en matière de santé.

La création du SSIAD précarité et la mise en œuvre de l'équipe mobile permettent sans aucun doute de répondre à la problématique d'accès aux soins des personnes en grande précarité, qu'elles soient hébergées en structure d'accueil d'urgence ou à la rue. Il s'agit de réponses nouvelles à ajouter au panel déjà existant mais il ne s'agit pas de solutions universelles. Facilement transposables à d'autres secteurs géographiques, elles

connaissent également leurs limites. En effet, l'orientation en SSIAD ne peut se faire que sur prescription médicale et induit obligatoirement une protection de santé à jour. A elles seules, ces 2 conditions peuvent mettre en péril la prise en charge, alors même que nous savons que les grands précaires ont de grosses difficultés à rencontrer les médecins et disposent rarement d'une couverture santé. La proposition de permettre au SAMU social d'être un lieu de domiciliation, afin de pouvoir engager immédiatement les demandes d'adhésion à la PUMA par les travailleurs sociaux effectuant les maraudes, si elle est acceptée, apportera davantage de cohérence encore à ce mode de prise en charge. D'autres projets, comme les expérimentations de « Centre de Santé Participatifs » qui visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, sur la base d'un accompagnement médico-psycho-social, apporteront certainement une autre forme de réponse.

---

# Bibliographie

---

## Rapports :

- « 4<sup>ème</sup> regard sur le mal logement en Europe », Fondation Abbé Pierre, mars 2019
- « La santé des personnes sans chez soi », Vincent GIRARD, Novembre 2009
- « Hébergement des personnes en difficultés sociales : 140 000 places fin 2016, en forte hausse par rapport à 2012 », étude de la DREES, février 2019
- « L'état du mal logement en France 2020 », rapport annuel numéro 25, Fondation Abbé Pierre
- « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », J.WRESINSKI, Journal Officiel, 1987
- « Alerte sur la santé des personnes en situation de précarité », France Assos Santé et le collectif ALERTE, 5 mai 2020
- « L'accès au soin des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », Aline ARCHIMBAUD, 2013
- « Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018 - 2023 des Hauts de France »
- « Contrat de ville de Valenciennes Métropole 2015 – 2020 »

## Textes de loi :

- Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
- Article L.6112-6 du Code de Santé Publique modifié en 2008
- Article 68 à 77, loi 98-657 du 29 juillet 1998

## Articles :

- BENOIST, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner, *Sciences sociales et santé*, vol. 26, no. 3, 5-34.
- GUIGNOT, C. (2015). Un SSIAD soigne les personnes en grande précarité, *DIRECTION[S]*, n°135, 14-16
- BOUQUET, B. (2014). La complexité de la légitimité, *Vie sociale*, vol. 8, no. 4, p. 14
- BEZILLE, H., DIVERT, N., LEBON, F. (2020). En quête de légitimité(s). Retour sur un dispositif de formation continue de professionnels de l'animation, *Savoirs*, vol. 53, no. 2, p.64

- MAÏLAT, M. (2008). Les réseaux dans l'intervention sociale. Repères critiques et méthodologiques, *Informations sociales*, vol. 147, no. 3, p. 63
- ASSENS, C., COURIE LEMEUR, A. (2014). De la gouvernance d'un réseau à la gouvernance d'un réseau de réseaux. *Question(s) de management*, vol. 8, no. 4, 27-36
- NALEBUFF, B., BRANDENBURGER, A. (1996). La Co-opétition, une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération, *Village Mondial*
- ADLOFF, C. (2018). « Aller vers » pour lier avec les personnes à la marge. *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 139, no. 3, 5-12.

#### Articles internet :

- « <https://www.gouvernement.fr/covid-19-plus-de-5000-places-d-hotel-supplementaires-desormais-mobilisees-pour-les-sans-abris-et-40> », consulté le 02/06/2021
- <https://www.medicalib.fr/blog/la-toilette/>, consulté le 02/08/2021
- <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Grande-exclusion/Quelles-solutions-pour-les-personnes-sans-abri-2188>, consulté le 03/08/2021
- <https://www.cnle.gouv.fr/>, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, dossier thématique « exclusion sociale », consulté le 02/08/2021
- Loi contre les exclusions : 20 ans après, ATD Quart monde rappelle les fondamentaux - ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde ([atd-quartmonde.fr](http://atd-quartmonde.fr)), consulté le 05/08/2021
- <https://Le-Projet-regional-de-sante-Hauts-de-France-2018-2028> | Agence régionale de santé Hauts-de-France Consulté, le 6/12/2020

#### Ouvrages :

- CASTEL, R. (2013). *Cadrer l'exclusion*. Paris : Dunod, collection pratiques sociales
- PAUGAM, S. (2009). *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : Presse Universitaire de France
- JAEGER, M (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. (3<sup>ème</sup> éd.). Paris : Dunod
- HABERMAS, J. (1978). *Raison et légitimité. Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé*. Paris : Payot
- WEBER, M. (2002). *Le savant et le politique*. Paris : Editions 10/18
- BERNOUX, P. (1995). *La sociologie des entreprises*. Paris : Le seuil
- COICAUD, J-M. (1997). *Légitimité et politique. Contribution à l'étude du droit et de la responsabilité politique*. Paris : Puf

- LAGROYE, J. (1985). *La légitimation*, in M. GRAWITZ, J. LECA. *Traité de science politique*. Paris : PUF
- DUMOULIN, P., DUMONT, R., BROSS, N. & MASCLET, G. (2021). *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale*. Paris : Dunod
- SERIEYX, H. (1996). *Mettez du réseau dans vos pyramides*. Paris : Éditions Village mondial



---

## Liste des annexes

---

Lettre de mission de Mme Aline ARCHIMBAUD	II
Lettre de mission du Docteur Vincent GIRARD	IV
L'appel à projet	VI
Le SWOT	VII
Le camping-car	VIII

## LETTRE DE MISSION

*Le Premier Ministre*

Paris, le 20 MARS 2013

504 / 13 / SG

Madame la Sénatrice,

Lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 21 janvier 2013, le Gouvernement a adopté un plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Le phénomène du non-recours aux droits sociaux et de santé est devenu un enjeu de société important. En effet, le renoncement des personnes à l'aide théoriquement organisée pour elles est un frein puissant à l'efficacité des politiques de solidarité. En rendant publics les chiffres du non-recours à ces droits dans son rapport au Parlement, le Gouvernement a pris la mesure des efforts à faire pour en améliorer l'accès.

A cet égard, il est nécessaire d'établir les raisons pour lesquelles les personnes malades se détournent des prestations auxquelles elles peuvent prétendre.

Parmi les prestations majeures dont le taux de non-recours reste élevé, ou trop élevé, figurent les aides en faveur de l'accès aux soins, telles que la complémentaire santé (ACS), dont le taux de non-recours est estimé entre 53% et 67% en 2011, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) dont le taux se situe entre 10% et 24%, et l'aide médicale de l'Etat (AME).

Afin de favoriser l'accès aux soins des plus démunis et de lutter efficacement contre le non-recours aux droits sociaux et de santé, je souhaite vous confier une mission sur ces sujets à propos desquels vous avez déjà exprimé votre intérêt. Cette mission portera sur l'amélioration de l'accès aux soins des ménages en situation de précarité, et tout particulièrement l'accès à l'aide à la complémentaire santé, la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide médicale de l'Etat.

Pour chacune de ces aides, je vous demande d'identifier précisément les freins existants (complexité des aides, déficit d'image de l'aide, manque d'information) et de proposer des solutions opérationnelles. L'objectif de simplification vise également à réduire la charge de travail des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture ou de la gestion de ces droits.

Madame Aline ARCHIMBAUD  
Sénatrice  
SÉNAT  
Palais du Luxembourg  
75291 PARIS CEDEX 06



Votre mission devra s'inscrire en complémentarité des travaux déjà engagés en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne sur l'accès aux droits, ainsi que du projet de convention partenariale avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) pour permettre la pré-instruction des droits à l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS) dans les centres communaux d'action sociale volontaires.

Plus largement, votre analyse devra s'articuler avec les actions prévues dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et tenir compte de l'objectif fixé par le Président de la République d'une généralisation des complémentaires de santé.

Pour accomplir votre mission, vous pourrez bénéficier de l'appui technique de la Direction de la sécurité sociale, de la Direction générale de la cohésion sociale et de la Direction générale de la santé. Pour élaborer votre rapport, vous pourrez disposer de l'appui d'un membre de l'inspection générale des affaires sociales. Vous veillerez à recueillir des contributions venant d'associations de solidarité et des personnes qu'e les accueillent et accompagnent dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins.

Un décret vous nommera, en application de l'article L.O. 297 du code électoral, parlementaire en mission auprès de Mme Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé.

Je souhaite que vos conclusions me soient remises le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Je vous prie d'agréer, Madame la Sénatrice, l'expression de mes respectueux hommages.



Jean-Marc AYRAULT

B) Lettre de mission du Docteur Vincent GIRARD



*Ministère de la Santé et des Sports*

*La Ministre*

*Paris, le* 21 AVR. 2009

Cab6/TAB/MRD  
Mercure : D.09-3072

Docteur,

De nombreuses études définissent la précarité comme un état de vulnérabilité où l'individu se trouve confronté à des risques économiques et sociaux qui peuvent avoir des répercussions sur son état de santé physique et psychique. Les pathologies rencontrées chez les personnes vivant dans la rue sont très souvent aggravées (les mêmes qu'en population générale, mais avec une prévalence plus forte), mais non spécifiques. Il existe une interrelation entre précarité et santé. Ainsi, il est connu que certaines pathologies mentales et addictions peuvent être à l'origine d'un état de précarisation, tout comme la précarisation peut déclencher des troubles psychiques et des phénomènes addictifs.

Plusieurs travaux montrent des décès précoces des personnes sans domicile ou vivant à la rue. Ainsi, d'après les quelques données épidémiologiques disponibles, l'espérance de vie de ces personnes est d'environ 45 ans.

Pourtant, des programmes et des dispositifs multiples existent pour tenter d'améliorer la santé de ce public en favorisant une approche globale et pluridisciplinaire. On peut citer notamment les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), mis en place dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des hôpitaux, les lits halte soins santé (LHSS) qui offrent un logement le temps d'assurer des soins médicaux et enfin les équipes mobiles psychiatriques pluridisciplinaires qui interviennent dans les lieux de vie classiques, les « squats » et la rue.

Malgré ces efforts, de l'avis de nombreux professionnels, il semble que nous ne parvenions pas suffisamment à toucher les personnes en grande précarité. Cette situation doit être améliorée.

Docteur Vincent GIRARD  
Psychiatre  
Ap Hm Hôpital de la Timone  
Service psychiatrie du Pr. Naudin  
264, rue Saint Pierre  
13005 MARSEILLE

*14 avenue Luguesse 75010 Paris 07 SP - Téléphone : 01 40 56 80 00*

Compte tenu de votre engagement dans la mise en œuvre, à Marseille, d'actions originales et respectueuses de la dignité des personnes pour les amener à accepter une prise en charge, je souhaite vous confier une mission dans ce domaine, dans la perspective d'actions qui pourraient être préparées en interministériel.

Cette mission visera à élaborer des propositions afin de faire évoluer nos dispositifs sanitaires destinés aux personnes en très grande précarité.

Ce travail devrait, en fonction des différentes spécificités du public « sans domicile fixe », permettre :

- d'identifier les difficultés et les freins existant dans les dispositifs actuels pour un accès aux soins de ce public,
- d'identifier les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge de ces publics en grande précarité, tant dans le champ du soin somatique que du soin psychique,
- proposer des solutions novatrices à partir d'expériences locales, nationales et internationales et préciser les conditions de leurs réalisations,
- proposer des méthodes d'évaluation de ces expérimentations et plus globalement des politiques de santé publique en direction des personnes sans abri afin de pouvoir les améliorer ou les adapter.

Ce travail s'appuiera également sur les documents et travaux de référence dans le domaine. Vous ferez toutes les auditions que vous jugerez nécessaires à la rédaction de vos propositions, et notamment les associations de malades particulièrement investies dans ces problématiques. Dans le cadre de la réalisation de cette mission, vous serez assisté du docteur Pascale ESTECAHANDY et du docteur Pierre CHAUVIN, qui ont accepté d'en être les rapporteurs et que je remercie de leur contribution. La direction générale de la santé assurera les fonctions de secrétariat et d'appui permettant de mener à bien cette mission.

Vous voudrez bien me remettre vos propositions au plus tard à la fin du mois de septembre 2009.

Je vous prie d'agréer, docteur, l'expression de mes salutations distinguées *et les meilleurs*



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

C) L'appel à projet



**AVIS D'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N° 2020 - 1  
Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes  
en grande précarité**

**Autorité compétente pour l'appel à Projet**

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France  
556 avenue Willy Brandt  
59777 EURALILLE  
Standard : 0 809 40 20 32

**Service en charge du suivi de l'appel à projet :**

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France  
Direction de l'Offre Médico-Sociale (DOMS)  
Sous-direction Planification, Programmation, Autorisations  
Service pilotage médico-social du vieillissement  
3ème étage – bureau 314

**Pour toute question :**

Adresse courriel : ARS-HDF-AAP-MS@ars.sante.fr

**CLÔTURE DE L'APPEL A PROJET :  
Vendredi 25 septembre 2020 à minuit « cachet de la poste faisant foi »**

L'avis, le cahier des charges et ses annexes sont disponibles à l'adresse <http://ars.hauts-de-france.sante.fr>:

- Cahier des charges + annexes :
  - ✓ Annexe 1 : Carte des territoires ciblés
  - ✓ Annexe 2 : Tableau des effectifs
  - ✓ Annexe 3 : Indicateurs d'activité
  - ✓ Annexe 4 : Liste des documents à fournir par le candidat
  - ✓ Annexe 5 : Fiche d'inscription à l'AAP
  - ✓ Annexe 6 : Critères de sélection et modalités d'évaluation des projets

## D) SWOT

<p><b>Opportunités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une prise en compte par les pouvoirs publics</li> <li>• Un AAP SSIAD précarité en cours d’instruction</li> <li>• Des expérimentations de SSIAD précarité réussies en région</li> <li>• Des besoins identifiés sur le territoire</li> <li>• La crise sanitaire a mis en avant la nécessité de prendre en compte la situation sanitaire des personnes SDF</li> </ul>	<p><b>Forces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des équipes volontaires</li> <li>• Une association solide et innovante</li> <li>• Une Unité Territoriale légitime pour promouvoir l’accompagnement des personnes en situation de précarité</li> <li>• Des SSIAD précarité portés par l’association dans plusieurs départements</li> <li>• Une association œuvrant dans plusieurs secteurs d’activité</li> <li>• Une offre de service du PAU multiple</li> <li>• Une expertise reconnue</li> </ul>
<p><b>Menaces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des taux d’encadrement faibles et définis par les cahiers des charges</li> <li>• Des offres de soin présentes mais inadaptées sur le territoire</li> <li>• Pas de démarche « d’aller vers » adaptée</li> <li>• Des refus de soin identifiés pour les personnes SDF</li> <li>• Des refus de prise en charge identifiés par les services de soin</li> <li>• L’articulation entre le sanitaire et le secteur AHI difficile</li> <li>• Des services de santé déjà saturés sur le territoire</li> </ul>	<p><b>Faiblesses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un personnel social en difficulté, parfois peu formé</li> <li>• Quelle légitimité pour aborder la question de la santé</li> <li>• Aucun poste infirmier dans les équipes</li> <li>• Un financement faible</li> <li>• De nombreux accompagnements médicaux et qui se multiplient</li> <li>• Des durées moyennes de séjour faibles</li> <li>• Un public peu volontaire, avec des priorités autres</li> <li>• Des retours à la rue réguliers</li> </ul>

E) Le camping-car aménagé



GONTIER

Nicolas

Septembre 2021

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts de France site de Loos**

**Intégrer un SSIAD Précarité au sein d'un pôle d'accueil d'urgence et d'insertion  
pour faciliter l'accès au soin et à la santé des personnes en situation de grande  
précarité**

***Résumé :***

Dans son rapport « la santé des personnes sans chez soi », rendu en novembre 2009, Vincent GIRARD déclare que l'espérance de vie des hommes SDF serait de 56 ans et de 41 ans pour les femmes. A titre de comparaison, l'espérance de vie en France est de près de 86 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes. En parallèle, il fait le constat d'un état de santé catastrophique pour les personnes en situation de grande précarité.

Le droit à la santé étant un droit universel rappelé dans la déclaration universelle des droits de l'homme ou dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, personne ne peut en être exclu.

Si les SSIAD doivent permettre à tous de bénéficier d'un suivi infirmier, les études démontrent qu'ils n'interviennent que très rarement dans les dispositifs d'hébergement du secteur AHI. Evidemment ils n'interviennent pas dans la rue auprès des SDF. Les personnes en situation de grande précarité ne peuvent donc pas bénéficier du même droit à la santé que tous.

Pour permettre d'apporter une réponse adaptée, un appel à projet de l'ARS Hauts de France est paru afin de créer un SSIAD précarité, à destination de ce public quelque peu oublié. J'ai donc répondu à celui-ci en y incluant une singularité innovante, répondant à une plus grande problématique que celle identifiée initialement.

***Mots clés :***

Personnes Sans Domicile Fixe, Précarité, Soins, Santé, Légitimité, Réseau, Service de Soins Infirmiers à Domicile

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*