



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Mars 2009**

**L'expérience d'un réseau santé-
précarité sur Avignon : le « Groupe
Réseau Santé- Social des Sans Abris
du grand Avignon » (GRSSSAA)**

Marion BOUTELOUP- MAZURE

Remerciements

Je remercie Mme la Directrice de la DDASS de Vaucluse, Mme VEDEAU-ULYSSE, de m'avoir accueillie dans son service pendant mes stages.

Je remercie Mme Dominique Gauthier (IPASS), mon maître de stage à la DDASS de Vaucluse, pour son aide tout au long de ma présence en stage.

Je tiens à remercier chaleureusement Mme Catherine Pawlak (CTTS) et M. Alain Bres (IASS) pour leurs conseils et leur écoute pendant mes périodes de stage à la DDASS de Vaucluse, et qui ont facilité mon approche auprès des acteurs du GRSSSA.

Je remercie l'ensemble des professionnels membres du GRSSSA pour leur accueil, leur disponibilité et l'intérêt qu'ils ont manifesté pendant mon travail sur place.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour la patience dont ils ont fait preuve et pour l'intérêt qu'ils ont montré pour mon thème d'étude en se prêtant au jeu de la relecture de mon mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
I. Santé et précarité: entre union et désunion	5
1.1 <i>Santé et précarité: les définir pour les lier.....</i>	5
1.1.1 La précarité reste une notion floue.....	5
1.1.2 La santé, notion relative, recouvre un vaste champ d'actions	7
1.2 <i>Santé et précarité: une nouvelle forme d'exclusion par la santé, des réponses multiformes.....</i>	9
1.2.1 Le débat sur les inégalités sociales de santé.....	10
1.2.2 La prise en compte de la santé dans les politiques de lutte contre les exclusions.....	11
1.2.3 Une politique de santé à redéfinir ?.....	16
1.2.4 L'importance des acteurs de terrain.....	17
1.3 <i>Santé et précarité : une exclusion par la santé désormais bien réelle</i>	19
1.3.1 Une partie de la population reste exclue de l'accès aux soins	19
1.3.2 Une situation sanitaire spécifique pour les personnes sans abris	22
2 L'expérience avignonnaise : la constitution d'un réseau aux formes souples pour lier santé et précarité.....	27
2.1 <i>Des conditions favorables à la conduite d'une solution expérimentale.....</i>	27
2.1.1 Un contexte sanitaire et social propice à la réflexion sur les liens entre santé et précarité.....	27
2.1.2 Des acteurs institutionnels et de terrain engagés dans la problématique santé- précarité.....	29
2.2 <i>Le GRSSSAA ou la synergie recherchée des acteurs de terrain.....</i>	31
2.2.1 A l'origine, une volonté d'expérimenter une nouvelle forme de coopération	31
2.2.2 Le « mode d'emploi » du GRSSSAA.....	33
2.3 <i>L'existence du GRSSSAA est légitime malgré son statut encore précaire</i>	36
2.3.1 La réalisation d'objectifs pertinents	36
2.3.2 Des avancées possibles inhérentes au cadre actuel du GRSSSAA	41

3	Préconisations pour stabiliser l'expérience du GRSSAA	43
3.1	<i>Pérenniser</i>	43
3.1.1	Institutionnaliser a minima	43
3.1.2	Assurer le passage de relais sur la fonction d'animation de groupe.....	44
3.1.3	Envisager un mode de financement stable	45
3.1.4	Elargir à certains partenaires.....	46
3.2	<i>Evaluer</i>	47
3.3	<i>Développer</i>	49
3.3.1	Une initiative lancée sur le Nord Vaucluse	49
3.3.2	Relancer un réseau départemental ?	50
3.3.3	Quelle place pour l'Etat et à quel niveau ?	51
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALT	Allocation de Logement Temporaire
AME	Aide Médicale Etat
API	Allocation Parent Isolé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CCAS	Centre Communal de l'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CTTS	Conseillère Technique en Travail Social
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EMSP	Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
GRSSSAA	Groupe Réseau Santé Social des Sans Abris du grand Avignon
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
JORF	Journal Officiel de la République Française
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MRS	Mission Régionale de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
RMI	Revenu Minimum d'Insertion

SAHI	Schéma d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion
SAO	Service d'Accueil et d'Orientation
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
115	Samu Social

Introduction

« La santé est un préalable aussi bien qu'une conséquence de l'insertion »¹.

Les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ont, de par leurs missions et leur titre, des compétences d'action en matière sanitaire, sociale et médico-sociale². Faire la liaison entre ces domaines est parfois difficile à mettre en pratique. C'est cependant la volonté de la DDASS de Vaucluse de montrer, entre autre, que le lien entre santé publique et cohésion sociale existe et qu'il doit être mieux pris en compte. Depuis deux ans, ce service déconcentré de l'Etat s'attache à mettre en pratique ce lien. Il a ainsi restructuré son organisation interne en fusionnant ces deux domaines en un seul pôle : le pôle de la cohésion sociale, de la santé publique et de la prévention. Cet acte pris au niveau de l'Etat a également été le parti pris des acteurs de terrain. A l'origine, des travaux de recherche justifiaient l'existence du lien entre sanitaire et social, ce qui poussa le législateur à aller dans ce sens. Désormais, il y a une prise de conscience à tous les niveaux d'une nouvelle forme d'exclusion par la santé, qui ouvre la voie à de nouvelles solutions pour lutter contre cette inégalité.

Ce sujet de mémoire, *L'expérience d'un réseau santé-précarité sur Avignon : le « Groupe Réseau Santé-Social des Sans Abris du grand Avignon » (GRSSSAA)*, a pour but de montrer comment la volonté institutionnelle et la dynamique des acteurs de terrain se sont rencontrées afin de concrétiser une évidence qui est loin d'en être une: la santé et la précarité sont liées. Pour ce faire, il prend appui sur le Groupe Réseau Santé Social des Sans Abris du grand Avignon (GRSSSAA), une initiative locale intéressante qui se veut être une réponse possible à cette problématique.

Le choix d'étudier la pertinence de ce groupe réseau se bâtit sur trois axes. Le premier est qu'il s'agit d'une expérience originale dans le département de Vaucluse car jusqu'alors, aucune structure ne proposait de prendre à bras le corps la question du sanitaire et du social. Deuxièmement, c'est une solution qui vient en amont de tous les dispositifs existants sur le territoire (ateliers santé-ville, Permanence d'Accès aux Soins de Santé...) car c'est un lieu de regroupement d'acteurs, qui se veut être force de propositions pour décroiser le sanitaire et le social. Enfin, le phénomène reste à son stade expérimental dans la mesure où le groupe a décidé pour le moment d'être un « groupe réseau ». Il n'est pas encore un réseau mais un groupe plus ou moins formel de professionnels de terrain qui travaillent ensemble sur la problématique santé-social. Le but étant avant toute

¹ *Guide méthodologique de l'accompagnement en santé*, FNARS, Recueils et documents, décembre 2006.

² Article R. 1421-6 et suivants du code de la santé publique.

chose de pouvoir se rencontrer et d'éliminer les barrières entre professionnels. Le seul terme « réseau » sera alors une reconnaissance officielle de cette expérience.

L'intérêt de ce sujet par rapport à mes futures fonctions d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS)³ est multiple.

Le but de ce GRSSSAA est avant tout l'application d'une politique publique cohérente au niveau local qui répondra aux besoins du public concerné. Il s'agit d'une politique territoriale de cohésion sociale qui doit aboutir au décloisonnement des professionnels sur le terrain : l'IASS agit alors pleinement dans ce cadre.

Il permet également à l'IASS de s'inscrire dans une démarche projet à long terme. Le réseau qui se tisse entre différents acteurs de terrain parvient à faire se réaliser un ensemble d'actions qui répondront aux besoins du public ciblé. Il offre également à l'inspecteur une meilleure lisibilité, dans la mesure où il sera désormais face à des interlocuteurs connus et qui se reconnaissent mutuellement. Il y aura ainsi plus de facilités à mener à terme des projets cohérents sur un territoire défini et mettre fin à une certaine concurrence qui peut exister entre les différents promoteurs.

Cela rentre également dans une démarche de planification des actions de l'Etat, puisque cette volonté de fluidifier les liens entre santé et précarité s'inscrit dans les objectifs fixés par le Schéma départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (SAHI) 2007. L'intérêt pour l'IASS de suivre cette expérience est qu'il permettra de voir émerger des projets entrant dans le cadre d'application d'une politique publique locale, celle du SAHI.

Le thème de ce mémoire m'a tout d'abord amené à en définir ses termes: qu'est-ce qu'un réseau ? Comment définir la précarité ? Qu'est-ce que l'on entend par la santé ? Il me semblait essentiel de connaître les contours et le contenu de chaque mot employé pour voir si, entre la théorie et la pratique de ce GRSSSAA, il y avait opposition et/ ou unité.

La réalité de la problématique m'a permis de comprendre les raisons de sa création et les enjeux qui en découlent : il est question de réseau, mais de quel type de réseau parle-t-on ? La précarité recouvre beaucoup de situations pour lesquelles il existe autant de solutions, mais quel type de précarité est concerné et pourquoi? La santé est un domaine aussi vaste que celui de la précarité, mais quel(s) champ(s) de la santé va intéresser un tel groupe ?

Plus globalement, la question qui a été mon « fil conducteur » pendant la préparation de ce mémoire, a été de savoir quels étaient les liens entre santé et précarité? Quelle

³ Décret statutaire n°2002-1569 du 24 décembre 2002.

pertinence peut être donnée à ces liens? Quels enjeux recouvrent-ils et quelles conséquences cela peut-il avoir en matière de lutte contre l'exclusion?

Le GRSSSAA a alors été un thème d'étude répondant à la question de savoir si la constitution d'un réseau santé précarité offre une meilleure prise en charge sanitaire des personnes sans abris?

Méthodologie

Avant d'entamer des entretiens sur le terrain, j'ai opté pour une recherche de documents correspondant au thème que je souhaitais traiter. Savoir définir les termes évoqués, les débats et les enjeux qui se cachaient derrière ces derniers. S'interroger sur la problématique santé-précarité, dont la prise en compte est relativement récente, m'a permis de savoir de quelles informations j'allais avoir besoin une fois sur le terrain. Ce fut un moyen de « m'approprier » un thème pour être réactive face à mes futurs interlocuteurs.

Une fois l'ensemble des informations théoriques réunies, j'ai pu commencer à établir une grille d'entretien aux questions assez larges, en ciblant les personnes membres du GRSSSAA, son animateur et son financeur indirect (à savoir la DDASS)⁴.

J'ai d'abord entrepris de réaliser un entretien avec les personnels de la DDASS en charge des questions de précarité d'une part et de santé publique d'autre part. J'ai obtenu des informations pratiques sur le groupe réseau, leurs attentes et une première ébauche des profils des personnes membres de ce groupe réseau. Les personnels de la DDASS ont pu m'aider dans la prise de contact des partenaires membres du GRSSSAA et de l'animatrice de ce groupe réseau. J'ai alors rencontré les membres de ce groupe et enfin son animatrice.

J'ai réalisé au total neuf entretiens et participé, en fonction de ma présence en stage, à une réunion du groupe réseau.

Des réunions qui avaient un lien plus ou moins direct avec le thème de mon mémoire (comme par exemple la veille sociale) m'ont servi à enrichir les données locales que je possédais ainsi que ma réflexion personnelle.

J'ai regroupé les entretiens et j'ai réalisé un tableau⁵ reprenant, par grands items, les propos les plus pertinents de chaque interlocuteur rencontré.

Une fois la synthèse de ces entretiens faite, j'ai complété, par de la recherche documentaire, les points qu'il me manquait pour ensuite concevoir le plan de mon mémoire.

⁴ Cf annexes I et II, pages II et III : grilles d'entretiens.

⁵ Cf annexe III, page IV : tableau récapitulatif des entretiens.

Le mémoire s'articulera en trois temps. Tout d'abord, une première partie inévitable fixera le cadre général de la problématique santé et précarité, ce qui lie et désunie ces deux notions (1). Cela permettra d'envisager ensuite l'étude du GRSSSAA, initiative locale d'amélioration de la santé des sans abris (2). Enfin, il restera à formuler quelques préconisations par rapport à ce nouveau né qu'est le GRSSSAA, sans toutefois oublier de signaler l'existence de questions en suspens liées à la jeunesse de sa création (3).

I.Santé et précarité: entre union et désunion

Il ne s'agit pas dans cette partie de faire un recensement exhaustif de tout ce que l'on peut lire sur la question de la santé et de la précarité. Il s'agit au contraire de poser les bases d'un sujet aussi vaste qu'intéressant et pour lequel aucune réponse parfaite n'existe puisque les liens ne peuvent être clairement établis. La précarité amène à négliger son état de santé et par conséquent à s'ancrer dans une situation d'exclusion. Et inversement, un état de santé défaillant peut conduire à la précarité.

Par conséquent, il est nécessaire de définir au préalable ce que l'on entend par précarité et par santé (1.1), pour ensuite mieux cerner les enjeux qui naissent de l'union de ces deux notions. Le premier enjeu sera de voir en quoi le lien entre santé et précarité est facteur d'exclusion (1.2) et le deuxième enjeu, permettra de constater que malgré certains progrès, la santé est encore un facteur d'inégalité (1.3).

1.1 Santé et précarité: les définir pour les lier

Parler de précarité revient à se poser la question de savoir de on parle? Car la précarité est la définition d'une multitude de situations, de personnes, aux parcours de vie différents mais qui ont tous conduits à devoir « survivre » pendant un temps donné mais inconnu. Ainsi, je m'attacherai à délimiter les contours de la notion de précarité pour justifier du choix qui est celui du GRSSAA de porter sur les sans abris (1.1.1). Ensuite, il conviendra de déterminer ce que l'on entend par la santé, ses champs d'actions, afin de mieux délimiter l'intérêt du sujet (1.1.2).

1.1.1 La précarité reste une notion floue

Sur mon lieu de stage, il est donné au GRSSAA la qualification de « réseau santé précarité ». Je me suis alors demandé si le terme de précarité était adapté ou non au public visé par le groupe réseau puisqu'il cible, pour le moment et comme son nom l'indique, les sans abris. Ainsi, en reprenant brièvement la définition de la précarité (a), j'envisage de la distinguer d'autres termes (pauvreté et exclusion) (b).

a) *La précarité est multidimensionnelle*

C'est dans le rapport du Conseil économique et social du 11 décembre 1987, que l'on trouve la définition de la précarité par le père Wresinski. Il s'agit de « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, 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 à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible* »⁶.

La notion de précarité a pris son essor dans les années 1970 et devient dominante dans les années 1980. Elle est multidimensionnelle et correspond à un cumul de handicaps qui sont à la base du processus de l'exclusion. Ce sont des handicaps de divers domaines: économique, social, sanitaire, logement, éducatif.

On ne peut alors confondre la précarité avec l'exclusion ou la « grande pauvreté », qui sont les phases évolutives de la précarité vers une situation aggravée et aggravante.

b) *La pauvreté et l'exclusion, à différencier de la précarité*

La notion de pauvreté est souvent dite relative car elle définit un état de carence d'un individu. C'est une carence qui peut être économique (revenus, patrimoine, emploi), culturelle (éducation, formation), sociale (liens et rapports sociaux) et sanitaire (état de santé, accès aux soins). C'est « *l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant, la précarité du statut social* »⁷.

On peut mesurer la pauvreté à l'aide d'indicateurs sociaux et selon trois approches: la pauvreté monétaire dont le seuil se situe à 60% du niveau de vie médian, la pauvreté relative mesurée par les conditions de vie et la pauvreté administrative qui concerne les minima sociaux. La quantification est plus délicate pour la précarité et l'exclusion sociale, qui s'analysent plus selon l'état prêté par les personnes à leur situation sociale.

⁶ Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Père Joseph Wresinski, JORF n°6, 28/02/1987, vu dans PARIZOT I., 2007, *Recours aux soins et suivi médical des populations en situation de précarité sociale*, Mémoire MIP, EHESP, p :12.

⁷ *Un concept de pauvreté disjonctif*, Economie appliquée P. Valtriani, vu dans *Santé, précarité et exclusion*, DE LA ROSA E., PUF collection, Le Sociologue, 1998.

L'exclusion est un thème apparu dans les années 1970. Il a été utilisé par René Lenoir, Directeur de l'Action Sociale, dans l'ouvrage *Les Exclus, un Français sur dix*⁸ (1974).

Le terme d'exclusion va dans un premier temps être vivement contesté et ne va pas être unanimement adopté. En effet, face au phénomène de chômage de masse lié au premier choc pétrolier, elle apparaît pendant les débats entre théorie libérale et théorie de « gauche ». Le débat portait alors sur la solution à adopter pour remédier à un nouveau type de pauvreté (instauration d'une multitude de mesures ciblées en fonction des publics, ou instauration d'un revenu minimum garanti). La théorie libérale estime que la pauvreté est un phénomène individuel et devant donc ne pas être pris en charge par la société. C'est pour cela que la notion d'exclusion a d'abord été rejetée car elle semblait mettre davantage l'accent sur le caractère social et involontaire de la pauvreté. Cependant, à gauche aussi, la notion était critiquée car elle créait une séparation de la société en deux, entre d'un côté les créateurs d'une norme à respecter et de l'autre les personnes en dehors de la norme. L'idée d'exclusion implique alors le retour sur le chemin de l'inclusion. La notion d'exclusion va s'effacer au profit de celles de précarité et de pauvreté. Au milieu des années 1980, la pauvreté apparaît comme un phénomène nouveau car les cas de grande pauvreté augmentent et peu de solutions existent : c'est alors « l'urgence sociale » qui fait son apparition.

Le terme d'exclusion, relégué temporairement, va réapparaître dans un second temps, car il est souple et a l'avantage de pouvoir s'adapter et évoluer en fonction des phénomènes de pauvreté rencontrés. Il sert à voir l'insertion comme un objectif et non plus comme un résultat. Aujourd'hui, l'exclusion revêt une notion dynamique mais qui garde deux sens: d'une part elle désigne les personnes durablement marginalisées dans la pauvreté; d'autre part elle renvoie à des personnes fragilisées dans l'emploi, le logement, la société et la santé.

1.1.2 La santé, notion relative, recouvre un vaste champ d'actions

Pour Montaigne, « *la maladie se sent, la santé peu ou point* ». Il est vrai que l'on se préoccupe de sa santé quand on ne va pas bien ou quand d'autres personnes, autour de soi, sont malades. Ainsi, la santé est une notion relative dans le sens où chacun aura sa propre définition de sa santé, selon son degré de tolérance face à la douleur, la maladie.

⁸ *Les exclus, un Français sur dix* René Lenoir, Le Seuil, 1974, vu dans *Santé, précarité et exclusion*, DE LA ROSA E., PUF collection, Le Sociologue, 1998.

Définir la santé au sens scientifique a été le jeu du XXème siècle, quand le progrès technique et social a fait avancer la médecine et la réflexion éthique.

Aujourd'hui, notre définition de la santé est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁹ et ce, depuis 1946. Elle a défini la santé comme un «*état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». La santé est alors définie de façon positive et implique sa prise en charge globale avec l'aide de la société. C'est une définition large qui est donnée par l'OMS car l'objectif visé ne peut être atteint uniquement par l'application d'une politique de santé.

La Charte d'Ottawa, adoptée par l'OMS le 21 novembre 1986, définit indirectement la santé lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. "*La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. **La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir :***

- **se loger**
- **accéder à l'éducation**
- **se nourrir convenablement**
- **disposer d'un certain revenu**
- **bénéficier d'un écosystème stable**
- **compter sur un rapport durable des ressources**
- **avoir un droit à la justice sociale et à un traitement équitable** »¹⁰.

⁹ La constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Divers amendements y ont été incorporés depuis.

« *Les États parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité :*

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

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 (...). »

¹⁰ OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986.

L'organisation mondiale réitère et précise son principe de 1946. Cette position a des conséquences en matière d'intervention pour l'amélioration de la santé, puisqu'elle induit un positionnement transversal, la santé recouvrant tous les champs de la société. Il faut ajouter que la santé inclut la notion de choix. Elle suppose la possibilité d'intervenir sur son environnement. La santé se situe donc dans une dimension dynamique du vécu des personnes.

Pour aborder la question de la santé des sans abris, je me suis posé la question de savoir sur quels pans de la santé les professionnels pouvaient agir avec pertinence? J'ai alors envisagé ces interventions sur trois domaines :

- la prévention : elle peut se faire dans les centres d'hébergement, de luttés contre les addictions, pendant les maraudes ;
- l'accès aux soins : les personnes sans abris ou en situation d'exclusion doivent pouvoir avoir accès aux soins, c'est-à-dire jouir de droits liés à la couverture médicale qui leur permettra d'avoir ensuite recours aux soins ;
- la continuité des soins : sans abris ou avec un logement précaire, la question de la continuité des soins est problématique car comment assurer les conditions optimales de suivi et d'hygiène lorsque, par exemple, à la sortie d'une consultation il est nécessaire de changer quotidiennement un pansement ?

Lorsque j'ai été amenée à interroger les professionnels sur ces questions, ces derniers ont relevés que la partie prévention, par rapport aux sans abris, était peu efficace, même s'il ne fallait pas la négliger quand elle était possible.

J'ai alors inconsciemment lié la santé et la précarité, mais l'évidence avec laquelle je l'ai fait est intéressante à justifier en évoquant la reconnaissance de cette nouvelle forme d'exclusion que peut être la santé.

1.2 Santé et précarité: une nouvelle forme d'exclusion par la santé, des réponses multiformes

La réalité démontre que dans notre société la santé peut être facteur d'exclusion. Une personne malade peut en effet se sentir exclue si son état n'est plus compatible avec des fonctions sociales et a contrario, une personne en situation d'exclusion ou de grande misère néglige son état de santé et s'enfonce un peu plus dans cette exclusion.

L'acceptation de la santé comme facteur d'exclusion est apparue à la suite de la reconnaissance scientifique d'inégalités sociales de santé (1.2.1). Cependant, cette reconnaissance s'est faite récemment (1.2.2) et les rôles aussi bien des pouvoirs publics

(1.2.3) que des professionnels (1.2.4), sont à renforcer pour lutter plus efficacement contre ces inégalités.

1.2.1 Le débat sur les inégalités sociales de santé

Dès le XVIIIème siècle, les premiers travaux démographiques ont mis en évidence des différences de mortalité entre groupes sociaux. Ces inégalités restent aujourd'hui encore très élevées. En France, d'après les estimations de Mesrine (1999)¹¹, réalisées sur la période 1982-1996, « un cadre de 35 ans a encore en moyenne 44,5 ans à vivre, contre seulement 38 ans pour un ouvrier ».

Pour expliquer de telles différences, on a parlé de « *stress psychosocial* » : un revenu relatif faible ou un capital social insuffisant créent un sentiment d'insécurité qui génère du stress. « Or, le stress (...) est aussi un prélèvement sur le fonctionnement biologique normal de l'organisme, qui se traduit par des valeurs anormales du taux de cholestérol, de la tension artérielle ou d'autres indicateurs biologiques »¹². Le stress psychosocial aurait alors des effets sur notre état de santé.

En France, le constat des inégalités sociales de santé, de leur ampleur et de leur caractère graduel a d'ores et déjà été dressé : plus on monte dans l'échelle sociale, plus la santé s'améliore. En revanche, le modèle explicatif de ces inégalités en France, reste encore peu exploré sur des données françaises. Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer ces phénomènes :

- *La pauvreté absolue* : les inégalités s'expliquent par les conditions matérielles de vie difficiles. Cette explication a été remise en cause par le rapport Black¹³. En effet, les inégalités sociales de mortalité n'avaient pas diminué en Grande Bretagne entre 1931 et 1981. Elles avaient même eu tendance à augmenter en dépit de l'amélioration des conditions de vie, de politiques d'amélioration des conditions de travail et de l'instauration du National Health Service offrant à partir de 1948 un meilleur accès aux soins.

¹¹ *Les différences de mortalité par milieu social restent fortes*, A. Mesrine, Données sociales, La société française, INSEE, 1999, vu dans COUFFINHAL A, DOURGNON P, GEOFFARD P-Y., GRIGNON M., JUSOT F, LAVIS J., NAUDIN F., POLTON D., Février 2005, *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen*, IRDES, bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, 1^{ère} partie, n° 92, p :2.

¹² *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*, IRDES, GRIGNON M., COUFFINHAL A., DOURGNON P., JUSOT F., NAUDIN F., Rapport Juin 2004.

¹³ *The Black report*, D. Black, J.N. Morris, C. Smith, P. Townsend, London: Pelican, 1982, vu dans Op. cit p:10.

- *L'impact des comportements pathogènes* : par exemple, il s'agit de comprendre pourquoi les ouvriers sont plus nombreux que les cadres à boire et/ou fumer.
- *L'impact du support social et du capital social* : il faut relier, au niveau individuel, l'état de santé et l'épaisseur du réseau social disponible. En d'autres termes, plus on est isolé, plus notre état de santé aurait des chances d'être dégradé.
- *L'impact du revenu relatif* : les inégalités sociales de santé reposent sur l'idée que la position relative de l'individu dans la société est le véritable déterminant de son état de santé.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de cause définie expliquant la subsistance d'inégalités sociales de santé, chaque pays ayant par ailleurs un système de santé aux formes différentes. Cependant, cette réalité a été prise en compte par le législateur pour reconnaître cette nouvelle forme d'exclusion que serait la santé.

1.2.2 La prise en compte de la santé dans les politiques de lutte contre les exclusions

L'affirmation par le législateur de la santé comme facteur d'exclusion est arrivée assez tardivement. En effet, suite à la reconnaissance d'une politique de lutte contre les exclusions (a), des dispositifs spécifiques d'amélioration de l'accès aux soins ont vus le jour (b), pour être relayés par des outils plus globaux et qui concourent au décroisement du sanitaire et du social (c).

a) L'émergence d'une politique de lutte contre les exclusions

Pendant longtemps, les réponses face à la pauvreté ont été l'apanage des religieux. La prise en charge des indigents relevait d'initiatives privées. Ce mode de fonctionnement est resté ancré dans les mentalités: les hôpitaux (qui sont, au Moyen-Age, le lieu d'accueil des pauvres) et les institutions de charité religieuse ont prédominé jusqu'à la Révolution.

A la fin du XIX^{ème} siècle, l'intervention de l'Etat se fait plus « sociale » et est ciblée sur certaines catégories de la population: vieillards, infirmes, enfants abandonnés¹⁴; elle touche différentes catégories de personnes précaires.

¹⁴ Rapport Villermé (1840) sur les conditions de travail des femmes et des enfants, instauration d'un minimum vital pour les vieillards (1905)...

Au XXème siècle, chaque nouvelle ère politique et/ou économique apporte son lot de nouveaux besoins sociaux et les politiques publiques ont été progressivement adoptées sous la pression de rapports alarmants (Appel de l'Abbé Pierre en 1954, création du mouvement ATD-Quart Monde par le Père Joseph Wresinski dès 1957). Le mouvement inverse s'effectue: les structures publiques n'étant plus à même de faire face à une demande démesurée, des associations privées doivent intervenir ou se renforcer. Ainsi, l'action publique et les initiatives privées vont cohabiter en matière de prise en charge de la pauvreté.

La lutte contre les exclusions va naître avec l'institution du Revenu Minimum d'Insertion (RMI)¹⁵. Elle intervient dans un cadre nouveau de chômage de masse et concerne en premier lieu des actions d'ordre économique. Cependant, il va vite apparaître la nécessité de lutter contre les exclusions de façon plus globale, par des mesures multiformes, d'ordre social et sanitaire¹⁶.

Ainsi, en 1998, les constats sanitaires suivants sont présentés :

- « *Il existe des difficultés d'accès aux soins qui portent aussi bien sur l'accès aux droits que sur l'accès aux lieux de soins (...)* ;
- *La prise en charge médicale trouve ses limites si elle ne prend pas en compte la dimension sociale de la précarité (...)* ;
- *L'accès aux soins est entravé par des difficultés financières : avance de frais de soins, prise en charge du ticket modérateur, coût des prothèses et des appareillages (...)* »¹⁷ ;

L'étude menée en 1998 par le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) met en évidence le cumul de situations de précarité sociale et de précarité médicale pour mille cinq cents personnes. C'est de là que le sanitaire et le social vont se rencontrer et s'imposer dans les textes.

b) 1998- 1999 : améliorer l'accès aux soins des plus démunis

¹⁵ Loi n°88-1088 du 01/12/1988 relative au revenu minimum garanti (JORF du 03/12/1988).

¹⁶ « *En 1995, le Conseil économique et social signalait que, selon les modes de calcul, on pouvait estimer qu'entre 10% et 20% de la population française vivait en-dessous du seuil ou dans un état de grande pauvreté, soit entre 5 et 13 millions de personnes.*», vu dans MOUCHARD A., Décembre 1998, *Garantir l'accès aux soins pour tous La mission de l'hôpital*, Edition La Documentation Française, Revue trimestrielle du Ministère de l'emploi et de la solidarité, Echanges santé-social, n°92, p. 37

¹⁷ *L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité*, Thierry Guimonneau, Revue trimestrielle du Ministère de l'emploi et de la solidarité, édition La documentation française, n°92, p : 32 à 36, décembre 1998.

Ce sont deux années clés du fait de l'adoption de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions¹⁸ et la loi du 27 juillet 1999 instaurant la Couverture Maladie Universelle¹⁹. Elles révèlent toutes les deux la prise de conscience par les acteurs institutionnels que la santé peut être une forme d'exclusion au même titre que l'emploi ou le logement.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions affirme que « *l'accès aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* »²⁰. Cette loi apparaît comme le point de départ d'une politique de santé soucieuse de lutter contre les inégalités de santé. Elle va énoncer la mise en place de dispositifs adaptés et de principes forces. La région est désignée planificateur des actions de prévention et d'accès à la santé, et la place du service public hospitalier dans l'orientation sanitaire des personnes précaires est renforcée.

Deux dispositifs clés sont ainsi créés :

➤ **Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**

En 1995, une circulaire²¹ avait chargé les DDASS de coordonner la réalisation de plans départementaux d'accès aux soins des personnes en situation précaire. La loi de 1998, dans son article 71, confie désormais le pilotage de l'action publique au Préfet de région. L'échelon régional est utilisé en cohérence avec l'instauration des conférences régionales de santé, lieux de débats publics qui identifient les priorités de santé de la région et qui, pour la plupart, donnent lieu à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes régionaux de santé. Le niveau départemental sert alors de niveau d'analyse des besoins et de réalisation des actions.

Les PRAPS sont un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de nombreux partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes précaires (par exemple lieu d'écoute, formations, consultation, réseaux...). Ils sont coordonnés par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les DDASS, et doivent s'articuler avec le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), le Schéma Régional

¹⁸ Loi d'orientation n°98-657 du 29/07/1998 relative à la lutte contre les exclusions (JORF du 31/07/1998).

¹⁹ Loi n°99-641 du 27/07/1999 portant création d'une couverture maladie universelle (JORF du 28/07/1999).

²⁰ Article 67 de la Loi n°98-657 du 29/07/1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (JORF du 03/07/1998).

²¹ Circulaire DAS/D/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°9508 du 21/03/1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

de l'Organisation Sanitaire (SROS), le Schéma Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (SAHI).

➤ **Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**

Dans le cadre des PRAPS, des PASS sont instituées dans les hôpitaux²². Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'Aide Médicale Etat).

Ces PASS donnent une nouvelle mission au service public hospitalier : être acteur de la lutte contre l'exclusion sociale.

Est également prévue par la loi du 29 juillet 1998 et dans le cadre des PRAPS, la possibilité pour les établissements participant au service public hospitalier de conclure avec l'Etat des *« conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes thérapeutiques ainsi que des traitements qui seront délivrés gratuitement »*.

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est une réforme majeure pour l'accès aux soins des plus démunis. Depuis le 1^{er} janvier 2000, date de sa mise en vigueur, la loi permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Par ailleurs, la loi organise l'Aide Médicale Etat (AME), qui vient se substituer au 1^{er} janvier 2000 au dispositif antérieur d'aide médicale, qui concernait les français et étrangers sans couverture santé. Elle était à la charge principalement des départements et par exception l'Etat pour les personnes sans résidence stable.

Parallèlement à ces réformes, d'autres systèmes liant santé et précarité ont vu le jour :

- Les **réseaux** sont apparus dès 1980 au travers des expériences des réseaux santé-précarité entre professionnels de terrain de la santé et du social. Partis surtout de revendications de militants, ce furent des réseaux toxicomanie, sida qui,

²² Article 76 de la Loi n°98-657 du 29/07/1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (JORF du 03/07/1998).

élargis à d'autres domaines furent reconnus par des circulaires à partir de 1991²³. Il faudra attendre la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pour que ces expériences soient officiellement reconnues mais sous la dénomination de « réseaux de santé »²⁴.

- Les **ateliers santé ville**²⁵, qui visent à inclure un volet santé dans les contrats de ville.
- Les **équipes mobiles spécialisées en psychiatrie**²⁶.
- En outre, il ne faut pas négliger l'importance des **phénomènes de regroupements formalisés** entre structures au travers de conventions, de mises en réseau entre des équipes et des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

Nous verrons dans la deuxième partie de ce mémoire les autres dispositifs possibles et utilisés par le GRSSAA (maison relais, Lits Halte Soins Santé).

c) *Les étapes postérieures à 1998- 1999*

D'autres textes, non spécifiques à la lutte contre les exclusions, sont venus compléter les dispositifs mis en place à la fin du XXème siècle.

Ainsi, on relèvera :

- *La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*²⁷ : elle donne une place centrale aux coopérations et aux réseaux. Divers dispositifs de coopération et de coordination sont évoqués dans le cadre de conventions (groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, communauté d'établissements) qui intègrent le décloisonnement entre le sanitaire et le social. Les établissements de santé peuvent adhérer à une formule de coopération sociale et un établissement social ou médico-social peut s'intégrer dans une coopération ou un réseau sanitaire.

²³ Circulaire DGS/DH n°612 du 04/06/1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection au VIH ; Circulaire DGS/DH n°94-15 du 07/03/1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n°93-72 du 9 novembre 1993.

²⁴ Article 84 de la loi n°2002-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁵ Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

²⁶ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23/11/2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion et à la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

²⁷ Loi n°2002-2 du 02/01/2002 *rénovant l'action sociale et médico-sociale* (JORF du 03/01/2002).

- *La loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé*²⁸ : elle repositionne l'utilisateur au cœur du système de soins et de santé. Le texte parle de « démocratie sanitaire » (titre premier) : il s'agit de reconnaître la place des usagers dans leurs relations avec le système de santé en instaurant des droits, en les associant au fonctionnement du système (exemple : accès au dossier médical, instauration d'une personne de confiance etc). Par ailleurs, elle reconnaît la forme des « réseaux de santé ».
- *La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*²⁹ : la loi affirme le rôle de l'Etat dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé publique. Tous les cinq ans seront définis des objectifs de santé publique avec des plans d'actions (par exemple, pour 2004- 2008, la lutte contre le cancer était un des objectifs de santé publique). La question des inégalités de santé en tant que telles apparaît dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi³⁰.

Malgré la mise en place de dispositifs de diverses formes, et comme nous le verrons plus loin³¹, des personnes sont encore « exclues » du système de santé. Dans ce cas, comment améliorer la prise en charge sanitaire des plus démunis ? A quel(s) niveau(x) peut-on agir et qui peut-on impliquer ?

1.2.3 Une politique de santé à redéfinir ?

La question de savoir si le système de santé peut agir sur les inégalités de santé a été soulevée dans une étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES, 2005)³². En posant deux questions (« *Peut-on agir sur les inégalités de santé grâce au système de soins ?* » et « *Est-ce que les inégalités d'accès aux soins participent à la formation des inégalités de santé ?* »), l'étude démontre que la réduction des inégalités de santé passerait surtout par une politique de protection sociale globale. En effet, ce seraient les ressources financières, éducatives et sociales qui détermineraient

²⁸ Loi n°2002-303 du 04/03/2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JORF du 05/03/2002).

²⁹ Loi n°2004-806 du 04/08/2004 relative à la politique de santé publique (JORF du 11/08/2004).

³⁰ Objectifs 33 (réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU) et 34 (réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires).

³¹ Partie 1.3., page 18 : **Santé et précarité : une exclusion par la santé désormais bien réelle.**

³² COUFFINHAL A, DOURGNON P, GEOFFARD P-Y., GRIGNON M., JUSOT F, LAVIS J., NAUDIN F., POLTON D., Février 2005, *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen*, IRDES, bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, 2ème partie, n°93, Février 2005.

la capacité d'un individu de se prémunir contre un risque de maladie. Ainsi, on peut penser qu'une politique de santé qui se voudrait être efficace pour lutter contre ces inégalités, devrait prendre en compte l'aspect social pour créer des synergies nouvelles et répondre aux besoins de la société d'aujourd'hui.

Si on regarde la situation française, on s'aperçoit que sa politique de santé est majoritairement focalisée sur l'accès aux soins. Or, et comme je le rapporte plus loin³³, l'exclusion par la santé est bien réelle et on peut en déduire que sa politique ne lui a pas permis de prendre toute la mesure de ses capacités à réduire les inégalités de santé. En effet, d'autres facteurs que monétaires peuvent expliquer pourquoi les plus pauvres recourent moins aux soins ou sont en moins bonne santé :

- Les populations les plus pauvres ou les moins éduquées ont une moindre connaissance des filières de soins, ou ont un rapport différent au corps et à la maladie ;
- La non- disponibilité effective des services pour le patient (faible densité médicale, surcoût liés aux transports...) ;
- Le professionnel ajuste son effort (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient.

Par conséquent, on peut, au vue de ces éléments, réfléchir à une politique de santé transversale, visant à réduire les inégalités par une combinaison d'actions relevant des divers champs de la santé (prévention, accès et continuité des soins) et de divers politiques publiques (social, santé, éducation, transports/mobilité...).

1.2.4 L'importance des acteurs de terrain

Deux types d'acteurs de terrain ont un rôle à jouer dans la réduction des inégalités de santé : les professionnels de santé et les professionnels du travail social. La rencontre du sanitaire et du social n'est pas une chose naturelle car pour les professionnels, il s'agit de confronter et de lier des pratiques et des philosophies parfois différentes. Cependant, de part et d'autres, la problématique de la santé des personnes pauvres est un véritable enjeu et une réalité de terrain.

Les professionnels de santé sont amenés à adapter leur comportement à cause de la relation que la santé doit désormais entretenir avec le social. Ils sont les premiers à

³³ Partie 1.3., page 18 : **Santé et précarité : une exclusion par la santé désormais bien réelle.**

constater l'état de santé dégradé d'une personne en situation d'exclusion et peuvent, alors, être le premier maillon de la chaîne qui mènera la personne sur la voie d'une possible amélioration de son état physique, mental et social. Dans ce cas précis et par rapport aux sans abris, il s'agit avant tout des services des urgences des établissements de santé, lieux de soins mais aussi utilisés comme lieu d'accueil pour les personnes à la rue.

Ces professionnels de la santé doivent apprendre à travailler avec les professionnels du social. Sur ce point, la création des PASS est positive : un point d'accueil social pour les précaires au sein d'un lieu de soins. Cependant, les PASS souffrent de cette stigmatisation et beaucoup de personnes n'osent s'y rendre de peur d'être classées comme pauvres. Ainsi, certaines de ces structures souhaitent se détacher physiquement de l'établissement de santé pour pouvoir accueillir ces personnes : c'est par exemple le cas pour le Centre hospitalier de La Rochelle, qui a accepté de voir sa PASS délocalisée à quelques mètres, au cœur d'un centre d'accueil de jour.

Au niveau des professionnels du travail social, accepter d'accompagner son public en santé n'est pas chose aisée. Les professionnels du travail social sont très attachés aux valeurs d'indépendance ; par exemple, envisager la possibilité pour des professionnels de santé d'assurer au sein des centres d'hébergement et d'accueil des permanences de santé, surtout en santé mentale, peut être vu comme une agression pour les publics accueillis. En effet, cela reviendrait à inciter fortement les résidents à consulter sans que la démarche viennent réellement d'eux.

La Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) a rédigé un guide pour ces travailleurs sur « l'accompagnement santé » dans les structures d'accueil³⁴. Il est possible pour le travailleur d'agir, avec la personne accueillie, à trois niveaux : prévention, accès et continuité³⁵. Ainsi, il doit intégrer les questions de santé dans l'accompagnement social et dans l'insertion, et il doit pouvoir repérer les partenaires potentiels (professionnels de santé, en établissements ou libéraux, les organismes publics de lutte contre les exclusions et de santé publique etc.). Cette dernière compétence suggère alors au professionnel de s'inscrire dans un véritable réseau qui pourra permettre à la personne accueillie d'être prise en charge efficacement et à tous les niveaux de sa santé.

³⁴ *Guide méthodologique de l'accompagnement en santé*, FNARS, Recueils et documents, décembre 2006.

³⁵ L'accompagnement santé repose sur 4 piliers : l'accès à la prévention, l'accès aux soins, l'accès aux droits et l'éducation pour la santé.

1.3 Santé et précarité : une exclusion par la santé désormais bien réelle

Malgré le fait que la santé ait été reconnue comme une forme d'exclusion et que des outils aient été mis en place pour y faire face, plusieurs études montrent que des difficultés d'accès aux soins persistent, ainsi que des inégalités sociales de santé. Certains publics restent exclus de l'accès aux soins (1.3.1) et les sans abris connaissent une situation sanitaire particulière (1.3.2), ce qui vient légitimer l'expérience du GRSSAA.

1.3.1 Une partie de la population reste exclue de l'accès aux soins

De nombreuses enquêtes et rapports montrent qu'il existe toujours des difficultés d'accès aux soins en France. Une enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes en Economie (INSEE) sur la complémentaire santé³⁶ résume la situation avec pertinence :

« Neuf personnes sur dix disposent en 2003 d'une couverture maladie complémentaire contre sept sur dix en 1981. En 2003, les plus pauvres et les étrangers restent moins couverts. Les ménages sans enfant ont une probabilité plus élevée que les autres de ne pas être couverts par une complémentaire. Les chômeurs aussi. Le statut professionnel joue également un rôle important : pour près d'un assuré social sur quatre ayant une complémentaire santé, cette adhésion est rendue obligatoire par son entreprise. Ces différences ne sont pas sans lien avec le recours aux soins : les individus non couverts sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois. ».

Il est alors intéressant de se pencher sur la situation des personnes les plus pauvres (a) ainsi que les étrangers (b), pour ensuite voir en quoi, pour ces populations, l'accès aux soins peut se heurter à des barrières extérieures (c).

³⁶ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, Juin 2007, *La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités*, INSEE Première, n°1142.

a) *Une faible fréquentation des services de santé par les plus pauvres*

Une enquête INSEE³⁷ s'est penchée sur l'accès aux soins des plus pauvres.

La **prévention** et le **dépistage** sont des pratiques beaucoup moins répandues parmi les personnes les plus pauvres et elles perçoivent leur état de santé de façon plus négative que le reste de la population.

Les personnes à bas revenus **consultent plus rarement** un médecin ou un spécialiste. Parmi celles âgées de moins de 50 ans, 21% contre 17% du reste de la population, n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédant l'enquête INSEE. La proportion est de 53% quand il s'agit de spécialistes, contre 40% pour les autres personnes. Ils utilisent moins que les autres la médecine de ville, mais plus l'hôpital.

L'écart entre les bénéficiaires d'une couverture complémentaire de santé et ceux qui n'en n'ont pas est important : 22% des ménages le plus pauvres n'y ont pas accès contre 7% du reste de la population.

Cela démontre alors que les personnes les plus en difficulté sont éloignées de la santé à tous les niveaux, de la prévention à la continuité des soins.

b) *Les étrangers ont un état de santé lié à un cumul de handicaps*

Les étrangers constituent un public durement touché par la **difficulté d'accès aux soins**. Ils consultent la plupart du temps surtout les centres de soins gratuits, c'est pourquoi une étude de l'IRDES³⁸ a analysé la situation de ces derniers. Dans 9 cas sur 10 ce sont des personnes ne disposant pas d'un emploi stable ou de revenus : ceci constitue le point de départ d'un processus de dégradation des conditions globales de vie. Plus de deux fois sur trois ils n'ont pas de logement stable, deux sur trois sont également concernés par l'isolement social. La moitié des patients n'a pas de couverture médicale et près de la moitié des étrangers se déclarent en situation illégale. Il a été observé que ce public cumule un plus grand nombre de facteurs de précarité que les consultants français, qu'il ne consulte pas pour les mêmes maladies et qu'il semble, du fait d'une culture différente, avoir une moindre tendance aux pratiques à risque (tabac, alcool, accidents graves).

³⁷ *Enquête sur la santé et les soins médicaux*, INSEE, octobre 2002 à mars 2003, 16 800 ménages soit plus de 40 000 personnes interrogées.

³⁸ COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., janvier 2003, *Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits*, CREDES, bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n° 63, 6 p.

Il s'agit donc d'un public spécifique au sein d'une problématique touchant un groupe de personnes en grande difficulté. Cela peut justifier la persistance de l'Aide Médicale Etat afin d'atténuer la subsistance d'inégalités de santé à leur égard.

c) *Des limites à l'accès aux soins extérieures aux personnes précaires*

Outre le constat que du fait de notre statut social notre état de santé diffère, il existe des limites extérieures aux personnes, c'est-à-dire des barrières d'accès aux soins de fait et sur lesquels il est difficile d'agir.

Ce sont :

- **Les différences de prise en charge par les structures** : la qualité d'un service est indépendante des personnes. Ainsi, d'une PASS à l'autre, les moyens diffèrent et la prise en charge peut être inégale sur le territoire entre les publics reçus par ces services.
- **La « précarité géographique »** : c'est d'une part le fait d'être dans un territoire où l'offre de soins est inférieure à un autre territoire (disponibilité des services, attentes pour obtenir un rendez-vous etc.) et d'autre part, le fait d'être ou non mobile (marche à pieds, transports en commun, véhicule personnel etc.) qui induit un surcoût plus ou moins important selon le mode de transport utilisé pour se rendre dans un lieu de soins.
- **L'effet de seuil** : pour bénéficier des dispositifs CMU et CMU-C il faut répondre à certains critères dont celui du niveau des ressources. Les personnes au-dessus de ce niveau ne peuvent donc prétendre au dispositif et sont, de facto, exclues du dispositif. Ainsi, trois millions de personnes, soit 5% des français renoncent aux soins parce qu'ils ne disposent pas d'une complémentaire santé³⁹.
- **Le refus de soins par quelques professionnels de santé** : une partie de la population n'a donc pas toujours accès aux soins, mais il est inquiétant de constater qu'une fois l'accès aux soins obtenu, certaines personnes se voient refuser le recours effectifs aux soins du fait de leur statut social précaire

³⁹ *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2003.

Le groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale présidé par Jean-François Chadelat a été chargé par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, au mois de septembre 2002, d'étudier "la répartition actuelle des interventions des régimes de base et de l'assurance complémentaire" et de faire des "propositions sur les évolutions possibles".

(bénéficiaires de la CMU, CMU-C ou AME)⁴⁰. Ce genre de situation est rare et n'est pas à généraliser, mais il est important de le relever comme obstacle subsistant pour les personnes bénéficiaires d'aides de ce type.

1.3.2 Une situation sanitaire spécifique pour les personnes sans abris

Lorsque j'ai mené les divers entretiens avec les membres du GRSSAA, tous m'ont décrit des états de santé spécifiques aux sans abris, ce qui justifie alors l'existence d'un tel groupe de professionnels. Les membres sont principalement les directeurs de centres d'hébergement sur Avignon. Au regard des angles d'approche de la santé que j'ai choisis (prévention, accès, continuité), il ressort des entretiens des éléments communs à la prise en charge sanitaire des sans abris et qui touchent à la prévention (a), à l'accès aux soins (b) et à la continuité des soins (c).

a) *La prévention, une mission difficilement réalisable auprès des sans abris*

Faire de la prévention en direction des personnes sans abris est très difficile voire impossible. En effet, les personnes à la rue qui arrivent dans un centre d'hébergement sont déjà dans « un état de santé délabré » qui a donc dépassé le stade de la prévention. L'infirmière d'un centre d'hébergement dans lequel je me suis rendue a donc pu m'avouer qu'elle est impuissante en la matière, même si elle a conscience du rôle qu'elle a à jouer dans ce domaine. Cela n'empêche pas ce centre de mettre à la disposition des personnes hébergées des plaquettes et affiches d'information sur diverses problématiques de santé (addictologie avant tout).

Quant aux personnes à la rue, qui ne sont pas en centre d'hébergement, la prévention est très éloignée de leurs préoccupations et elles sont, dans une grande majorité des cas, déjà touchées par des problèmes de santé.

⁴⁰ COORDINATION MISSION FRANCE DE MEDECINS DU MONDE, rapport octobre 2006, *Je ne m'occupe pas de ces patients, Testing sur le refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*, 42 p.

b) *L'accès aux soins et le recours aux soins interviennent dans l'urgence*

Les personnes à la rue se font aider pour faire valoir leurs droits. Ainsi, la plupart d'entre elles disposent de la CMU, CMU-C ou de l'AME, grâce au centre d'hébergement lorsqu'ils y vont, ou lors de leur venue à une PASS.

Il n'existe pas de maladies spécifiques aux personnes à la rue mais les situations sont alarmantes du fait que ce public présente des pathologies à un stade avancé. En effet, les personnes à la rue n'ont pas la même attitude que des personnes non exclues face à la maladie : *« quand ils sont à la rue, ils sont en résistance et une fois que les gens se posent (dans une structure d'accueil), alors on s'aperçoit de leurs problèmes. Il faut agir dans l'urgence car il faut ouvrir leurs droits et prendre des rendez-vous médicaux. Les diagnostics sont alors terribles et irréversibles : il y a alors très peu de chances d'inverser la tendance à moins d'un arrêt total de tout comportement à risques ⁴¹ ».*

On retrouve principalement chez les personnes à la rue des problèmes de santé accentués : troubles liés à la consommation de produits addictifs (alcool, drogues), maladies de la peau, troubles cardiaques, cancers.

Les troubles psychologiques sont aussi importants chez les sans abris : en Bretagne, une étude menée en 2005 a montré que 67% des personnes accueillies ont effectué des séjours en psychiatrie avant leur admission en centre d'hébergement et de réinsertion⁴². Ce type de troubles, déjà difficiles à assumer pour des personnes non précaires ou non exclues, est encore plus cruel pour ces personnes. Ce sont des pathologies délicates car pour n'importe qui, la maladie psychologique n'est pas diagnostiquée car elle n'est pas acceptée. Le fait d'être isolé ne contribue pas à pouvoir prendre conscience d'un tel état. C'est une situation préoccupante, d'autant plus que la psychiatrie, en France, semblerait souffrir d'un manque de moyens et de reconnaissance. Un récent article du journal Le Monde sur le malaise de la psychiatrie en France, montre au travers de la parole de soignants, l'effet pervers d'une spirale « psychiatrie- rue »: *« Les soignants souffrent de ne plus pouvoir s'occuper suffisamment de leurs patients. "Le mot d'ordre, c'est des hospitalisations de plus en plus courtes, de quelques jours seulement, alors que les traitements mettent trois semaines à agir, explique Mme Morio. Du coup, on met dans la rue des patients pas encore stabilisés et qui ne savent pas où aller." Il n'est pas rare que les soignants retrouvent leurs patients sur le trottoir, alcoolisés et délirants... avant qu'ils ne décompensent à nouveau et soient renvoyés à l'hôpital »⁴³.*

⁴¹ Propos recueillis auprès d'un Directeur de CHRS à Avignon et membre du GRSSAA.

⁴² Etude Abena 2004-2005, in Prévalence, n°15, avril 2006.

⁴³ *La psychiatrie française va de plus en plus mal*, PRIEUR C., Le Monde, 21 novembre 2008.

Cette spirale rejoint la problématique de la continuité des soins quand on est à la rue et qui, faute d'exister, fait rentrer la personne dans un engrenage d'impossible rétablissement ou amélioration de son état.

Enfin, le problème de l'accès aux soins des personnes à la rue à cause d'un refus par les professionnels de santé, est à modérer sur Avignon. La question du refus de soins par les professionnels de cette population est liée au fait que dans beaucoup de cas, il y a au contraire saturation des « patients CMU ou AME ». Les professionnels du GRSSAA m'ont souvent fait part du problème que la plupart des personnes à la rue n'honorent pas leurs rendez-vous, faute d'être conscients d'avoir un rendez-vous. A la rue, ils ont oublié de gérer et d'organiser leur temps et il faut alors entamer un travail pour qu'ils prennent conscience de ces engagements (qui se traduit par l'accompagnement par un éducateur lors des premiers rendez-vous). De ce fait, des médecins n'acceptent plus ce type de patients parce qu'ils ont eu beaucoup de désistements ou de non présentation, leur causant alors un « trou » dans leur emploi du temps et dommageable pour leur activité.

c) La continuité des soins et la nécessité de bénéficier de stabilité

Dans les centres d'hébergement, la continuité des soins constitue la plupart du temps un axe du projet individuel de la personne. En effet, la priorité d'action envers ce public ne doit pas être obligatoirement la réinsertion économique si elle présente un état de santé dégradé. Elle a besoin d'un temps de reconstitution et de réappropriation de son corps, maltraité par une vie à la rue. C'est pourquoi l'accès, le recours et la continuité des soins sont une forme de réinsertion du même ordre que l'emploi ou le logement.

La continuité des soins dans les centres d'hébergement est assez délicate dans la mesure où se pose alors la question de la gestion d'un traitement thérapeutique, ou de l'hygiène des soins à respecter. Les personnels de ces centres ne sont pas issus du corps médical ou soignant et ne peuvent proposer une prise en charge sanitaire car ils n'en ont pas la compétence.

L'état de santé peut, en outre, devenir une cause de rupture du contrat entre la personne et le centre d'hébergement quand par exemple, les locaux ne sont plus adaptés à l'état de la personne (par exemple, des chambres en étage, sans ascenseur, pour une personne à mobilité réduite).

Lorsqu'une personne est à la rue et n'a pas intégré de centres d'hébergement, alors la question de la continuité des soins paraît impossible : qui peut s'assurer que la personne sera apte à suivre son traitement ou bénéficiera de l'hygiène nécessaire par rapport aux soins que son état requiert (par exemple, changement de pansements) ?

L'ensemble des questions que soulève la problématique de la santé des sans abris est une réalité d'échelle nationale mais également locale, à Avignon. Il s'agit alors de voir, dans une seconde partie la pertinence de la réponse expérimentale proposée par le GRSSAA dans cette ville de Vaucluse.

2 L'expérience avignonnaise : la constitution d'un réseau aux formes souples pour lier santé et précarité

Le GRSSSAA est un groupe réseau, c'est-à-dire qu'il n'est pas encore un réseau au sens formel du terme. Il est alors une forme expérimentale de mise en commun des énergies des acteurs de terrain mais non institutionnalisée.

Pour mieux comprendre les raisons de sa création, il faudra d'abord relever les éléments qui ont favorisé sa constitution (2.1), pour ensuite comprendre son fonctionnement (2.2) et enfin déterminer les éléments positifs et négatifs que sa mise en place a pour le moment permis (2.3).

2.1 Des conditions favorables à la conduite d'une solution expérimentale

Deux types de facteurs ont œuvré à la création du GRSSSAA : des facteurs objectifs qui permettent de dessiner le paysage sanitaire et social d'Avignon (2.1.1), et des facteurs subjectifs qui résultent des relations entre les acteurs institutionnels et de terrain (2.1.2).

2.1.1 Un contexte sanitaire et social propice à la réflexion sur les liens entre santé et précarité

La situation géographique du Vaucluse et plus particulièrement d'Avignon et ses environs (voisine du Gard, des Bouches du Rhône et de la Drôme), fait du chef lieu du département une ville carrefour où se concentrent 75% des sollicitations auprès du Service d'Accueil et d'Orientation (SAO)/115.

Le département de Vaucluse est un département en situation difficile notamment en raison d'une situation de pauvreté importante : les bénéficiaires du RMI et de l'Allocation Parent Isolé (API), CMU et CMU-C sont en nombre élevés au sein de la région Paca (le département se situe en seconde position dans la région, derrière les Bouches du Rhône).

- ***Un département qui connaît des difficultés sociales de divers ordres***

Le Vaucluse est un département jeune mais dispose du plus faible niveau de revenu de la région. L'écart entre la population la plus riche (10%) et la plus pauvre (10%) est le plus

élevé du département après les Bouches du Rhône. En outre, 53,81% des foyers avignonnais ne sont pas imposables⁴⁴.

Le Vaucluse est un département en réelle difficulté et qui connaît une paupérisation importante : un taux de chômage toutes catégories confondues de 8,9% (fin juillet 2008, contre 7,2% au niveau national), 9,4% de la population vauclusienne bénéficie de la CMU et CMU-C (contre 6,81% au niveau national) , le taux de familles monoparentales le plus important de France⁴⁵ et un revenu médian le plus bas de Paca (14 620 euros contre 16 357 euros au niveau national)⁴⁶.

- **Un département offrant un dispositif d'hébergement important**

Le département compte 237 places d'hébergement installées au 1^{er} juillet 2008, gérées par 6 associations et un établissement public : Associations Aharp (Avignon), Passerelle (Avignon), Aveat (Sorgues), Rheso (Nord Vaucluse), Croix-Rouge (Avignon), Casa (Avignon) et l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Montfavet.

Ces places se découpent comme suit :

- 21 places d'urgence (10 femmes, 11 hommes),
- 165 places d'insertion (90 femmes, 75 hommes),
- 51 places de stabilisation (10 femmes, 41 hommes).

Avignon et le grand Avignon compte 116 places d'insertion (51 femmes, 65 hommes), 19 places d'urgence (10 femmes, 9 hommes) et 48 places de stabilisation (10 femmes, 38 hommes).

Parallèlement à ces formes d'hébergement, il existe des structures d'accueil non CHR, financées par l'Allocation de Logement Temporaire (ALT) et des crédits d'intervention sur le BOP 177 (accompagnement social). Le département dispose également de lieux d'accueil temporaire (période hivernale), d'un Centre aide aux demandeurs d'asile (Cada) de 50 places sur Avignon, d'une maison relais de 25 places (à Cavaillon) et de deux centres d'accueil de jour (Avignon et Carpentras).

Outre ces structures, des services existent en direction des publics en grande difficulté et destinés à répondre à des besoins constatés dans le cadre de la veille sociale départementale :

- Une médiation de rue sur Avignon
- Un Samu Social sur Avignon (de novembre à avril)
- Un restaurant social sur Avignon (capacité de 60 repas à midi et chaque jour).

⁴⁴ Synthèse de la consultation locale du département de Vaucluse organisée en vue de l'élaboration du Plan régional de santé publique, DDASS 84, pôle santé publique et prévention, 24 juillet 2005.

⁴⁵ 19,4% d'allocataires de l'API sur le Vaucluse contre 13,2% au niveau national (source : Statiss 2008).

⁴⁶ D'après le Statiss 2008 disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>

- ***Un département confronté à la problématique santé-social***

Une étude régionale sur les besoins de santé des usagers des centres d'hébergement⁴⁷ a été menée par l'URIOPSS Paca et publiée en janvier 2007. Cette dernière nous donne des éléments clés pour le département du Vaucluse. En effet, on peut relever les points forts suivants, qui serviront à améliorer la réponse sanitaire auprès des personnes sans abri :

- 71% de l'échantillon (établissements ou services à caractère social) estiment que la prise en charge de la santé est un préalable à l'accès au logement et à l'emploi ;
- 64% des personnes interrogées pensent que la prise en charge santé ne revient pas uniquement aux équipes médicales ;
- Toutes les associations du département sont confrontées aux addictions, 93% à des souffrances psychiques et 86% à des troubles psychiatriques ;
- 64% des associations interrogées ne disposent pas de professionnels médicaux ou paramédicaux en interne ;

La mise en place d'une solution répondant à la problématique santé-social se justifie et a pu favoriser la prise de conscience par les professionnels.

2.1.2 Des acteurs institutionnels et de terrain engagés dans la problématique santé- précarité

La situation sociale d'Avignon force les acteurs de tous horizons à se mobiliser et à réfléchir à comment mieux faire. L'implication de l'Etat grâce à la personnalité de la Directrice de la DDASS (a) et le militantisme des associations de lutte contre les exclusions (b), ont permis de réfléchir à une nouvelle solution concernant la prise en charge sanitaire des publics exclus.

a) Un terreau institutionnel propice à la naissance du GRSSAA

Depuis 2003, la DDASS de Vaucluse a mis en place et anime un comité départemental de veille sociale. Il réunit l'ensemble des acteurs et intervenants en direction des publics en grande difficulté : associations, polices, gendarmerie, Centre Communal de l'Action Sociale (CCAS) de trois villes importantes du département, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du centre hospitalier d'Avignon, Etablissement Public de Santé Mentale (de Montfavet)...

⁴⁷ *Etude régionale sur les besoins de santé des usagers et les réponses apportées par les associations relevant du champ des schémas départementaux de l'accueil-hébergement-insertion, URIOPSS, Groupe régional santé, Jean-Marie Carlier, Géraldine Meyer, Maud Duverger, 5 janvier 2007 (<http://www.uriopss-paca.asso.fr>).*

Instance de débats, de réflexion et de coordination, c'est également le lieu où les informations s'échangent, notamment grâce à la connaissance des évolutions des publics par l'observation réalisée par le SAO/115.

Au niveau du service déconcentré (DDASS), il y a eu volonté à partir de 2005 de mieux prendre en compte la question de la santé reliée au social. Dans son organisation interne, il y a eu regroupement au sein d'un seul et même service, de la cohésion sociale, de la santé publique et de la prévention. La création du groupe réseau peu de temps après ces changements n'a alors pas été le fruit du hasard, puisqu'un mouvement en ce sens était fortement désiré au niveau de l'Administration.

En parallèle, il est à noter que ce nouveau pôle au sein de la DDASS jouissait de l'expérience de deux cadres, un IASS et une Conseillère Technique en Travail Social (CTTS), en poste depuis un temps suffisamment long pour connaître et entretenir des relations partenariales stables avec les acteurs de terrain. Ainsi, il préexistait un climat de confiance et de travail privilégié, laissant le champ libre à une expérimentation aussi intéressante que celle du GRSSAA.

b) La mobilisation des acteurs de terrain

Au niveau des travailleurs sociaux, cette phase de renouveau au sein de la DDASS correspond avec leur préoccupation de plus en plus croissante de la santé des sans abris. La souffrance psychique est un constat courant et pour lequel les professionnels du social se sentent impuissants. Une nouvelle phase est impulsée face à la fermeture, en 2003, d'un important centre d'hébergement en charge d'activités connexes en direction des publics sans abris. L'offre sur le département de Vaucluse a du se reconstituer et le comité départemental de veille sociale s'est créé. Un nouvel acteur est intervenu dans le paysage de l'exclusion vauclusien, le CHRS Casa, dont l'origine et le but est de mettre en avant la parole des sans abris. Une nouvelle façon de voir et de penser la prise en charge des publics les plus en difficulté a émergé et a réussi à trouver sa place.

Les troubles sanitaires ayant une part importante dans les préoccupations quotidiennes des CHRS, la question de savoir comment mieux les prendre en charge a alors pris forme pendant les échanges du comité départemental de veille sociale. L'idée de former un groupe de réflexion sur la question était alors à mûrir et c'est à cette époque que le directeur du CHRS Casa a initié la réunion d'un groupe de réflexion sur la question.

2.2 Le GRSSSAA ou la synergie recherchée des acteurs de terrain

Le GRSSSAA a trouvé son fondement dans l'échec de la mise en place d'un réseau départemental (2.2.1.) et s'est aujourd'hui recentré sur Avignon, chef lieu de la préfecture de Vaucluse, afin de mieux mobiliser les acteurs (2.2.2).

2.2.1 A l'origine, une volonté d'expérimenter une nouvelle forme de coopération

Le GRSSSAA fait suite à l'échec de création d'un réseau départemental santé-précarité (a). La dénomination réseau santé-précarité est utilisée pour qualifier le GRSSSAA mais il me semble qu'il peut être intéressant de voir en quoi, pendant son stade encore expérimental, ce terme de « précarité » peut être repensé (b).

a) Se remobiliser après un échec

Tout est parti d'un constat, celui que les CHRS rencontrent des problèmes liés à la psychiatrie et qu'ils rencontrent des difficultés à travailler avec l'Etablissement Public de Santé Mentale de Montfavet. Il y avait un cloisonnement patent entre le sanitaire et le social, entre le somatique et le psychiatrique.

Face à ce constat et grâce au PRAPS Paca, la DDASS a eu des moyens supplémentaires et a alors décidé de financer la FNARS pour mettre en place un réseau santé- social, afin de mieux mailler le parcours des personnes à la rue. Pendant deux ans, la FNARS a mené des réunions départementales qui ont permis aux acteurs de se connaître et d'apprendre les limites des autres.

Cependant, l'échelle départementale est vite apparue comme trop grande et la FNARS n'a pu jouer le rôle de fédérateur qui lui avait été confié car les structures d'hébergement étaient repliées sur elles-mêmes. En effet, il existait une réelle rivalité entre les structures d'accueil d'urgence et les structures d'insertion⁴⁸, qui n'a pas permis à la FNARS de continuer ce travail, malgré la rédaction d'une convention constitutive du réseau départemental.

Ce fût un échec mais les réformes sur les centres d'hébergement ont permis de revoir à la baisse les ambitions d'un réseau santé-précarité. En effet, à partir de 2007, l'ensemble des centres d'hébergement a été incité à faire de l'accueil d'urgence et à créer des places dites de « stabilisation ». Ces deux points de réforme ont permis à toutes les structures de

⁴⁸ Bilan 2006 « Coordination du réseau santé social Vaucluse », PRAPS 84, FNARS Paca-Corse, juin 2007.

parler le même langage car avant cela, chacune ayant sa spécificité, il n'y avait guère d'échanges possibles. Parallèlement à ces réformes, pour la période 2007-2011, le pôle cohésion sociale, santé publique et prévention de la DDASS de Vaucluse a élaboré son Schéma Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (SAHI). Durant sa préparation, des groupes de travail sur le thème de la santé ont été formés pour faire que ce nouveau SAHI comporte des fiches actions sur la problématique sanitaire des publics en grande difficulté. A partir de ce document, il y avait une reconnaissance officielle au niveau du service déconcentré, de l'importance à accorder à cette thématique et de l'urgence à trouver une solution adaptée.

C'est au niveau des acteurs de terrain d'Avignon que l'initiative de poursuivre sur un réseau à moindre échelle que celle du département a survécu. Certains continuaient de se voir mais ne se réunissaient jamais ensemble à un moment particulier; néanmoins, la réelle prise de conscience de se rencontrer pour discuter ensemble des questions santé-social était là, et il fallait un appui logistique de la DDASS pour que l'initiative ne s'essouffle pas. Un noyau dur de professionnels du social se constituait sous l'impulsion du Directeur du CHRS Casa et une conseillère technique de l'URIOPSS⁴⁹ Paca- Corse a été invitée à une réunion de ce groupe en février 2007. Son rôle était alors de cerner leurs problématiques, de connaître leurs attentes. Elle a permis aux membres de s'expliquer, de clarifier leurs positions et d'arriver à des objectifs communs. C'est lors de sa deuxième rencontre avec le groupe qu'un accompagnement par l'URIOPSS a été décidé.

b) Un « réseau santé précarité » ?

Au sein de la DDASS de Vaucluse, le GRSSSAA est couramment appelé « réseau santé précarité ». Cependant, ceci peut être considéré comme inadapté dans la mesure où le GRSSSAA n'est pas un véritable réseau au sens juridique du terme et qu'il ne porte pas sur un public précaire.

En effet, il s'agit pour le moment d'un groupe de concertation, sans aucune forme officielle, c'est-à-dire au fonctionnement libre, sans règlement de fonctionnement ou charte pouvant contraindre les membres à s'engager réellement dans une démarche de réseau. C'est finalement un réseau au sens premier du terme, à savoir un lieu permettant la mise en commun d'informations, de contacts qui sont utiles dans l'exercice des missions respectives des membres du groupe.

⁴⁹ Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (à but non lucratif). C'est un organisme qui offre un soutien technique aux associations du champ sanitaire, social et médico-social (soutien juridique, comptable etc) ; il propose également une représentation du secteur sanitaire et social au niveau local (22 URIOPSS en France) et national, car il permet de faire remonter les besoins au niveau des instances et ministères.

Par ailleurs, le groupe réseau s'adresse aux sans abris. Ce choix est dû au fait que les membres du groupe sont principalement des directeurs de centres d'hébergement et ont tous affaire au même public qualifié alors de « grands précaires » parce qu'ils n'ont plus rien. La grande précarité touche tous les âges de la vie, les hommes aussi bien que les femmes, actifs ou non. Elle est large et multifactorielle, au point de susciter beaucoup de craintes auprès de la population française puisque, selon une enquête récente, 60% des français craignent de se retrouver un jour sans domicile fixe⁵⁰.

Le public de ces acteurs de terrain est alors principalement composé de personnes sans abris, de travailleurs ou familles pauvres, françaises ou d'origine étrangères, jeunes, adultes ou vieillissantes.

Au vue des définitions de précarité, de pauvreté et d'exclusion vues dans la première partie de ce mémoire, il apparaît que la notion de précarité ne correspond pas tout à fait au public ciblé par le GRSSSAA. En effet, ce dernier visant les sans abris, il agit auprès d'un public ayant dépassé le stade de la précarité. Ils cumulent un ensemble de handicaps: perte de logement, d'emploi, de réseau social etc, qui les ont fait basculer dans la grande pauvreté, la misère et l'exclusion.

Cependant, il est peut-être intéressant de laisser à ce groupe la qualification de réseau santé précarité dans le sens où il serait envisagé, un jour, de l'élargir à un public véritablement précaire. Il me semble toutefois plus opportun de le qualifier de réseau santé- social car il reprend le terme que le groupe s'est donné dans son titre de « GRSSSAA » (Groupe Réseau Santé Social des Sans Abris du grand Avignon) et il permet d'insister sur la volonté de décroiser le sanitaire et le social.

2.2.2 Le « mode d'emploi » du GRSSSAA

Par rapport au fonctionnement du GRSSSAA, je pense que deux éléments clés font que ce groupe réseau permet de présager son avenir avec optimisme : il regroupe des membres du secteur sanitaire et social (a) et il est basé sur une dynamique de groupe présente dès ses premiers pas (b).

⁵⁰ *Cette rue qui exclut et qui affole: l'urgence de solutions adaptées*, enquête TNS Sofres pour le Ministère du logement et de la ville, octobre 2008, disponible sur http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/101008_exclusion.pdf

a) *Des membres acteurs du terrain sanitaire et social*

L'animation du groupe se fait par un tiers extérieur, une conseillère technique de l'URIOPSS. Ce poste est financé par la DDASS sur les crédits délégués au Programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » et à l'aide de crédits d'ingénierie sociale non reconductibles.

La convention fixée entre le service de l'Etat et l'URIOPSS⁵¹ confie à cette dernière « *l'animation et le pilotage du groupe réseau santé social des sans abris (Grand Avignon)* » qui consiste en « *l'accompagnement des membres du groupe à la création d'une dynamique collective autour de la prise en charge de l'articulation santé/social pour le public en grande précarité* ».

L'accompagnement de l'URIOPSS se décline de la façon suivante :

- Elaboration de l'ordre du jour, compte-rendu pour chaque réunion ;
- Conduite et cadrage des réunions, sur la base des éléments arrêtés collectivement par les membres du groupe ;
- Soutien technique, le cas échéant, sur des points de réglementation et le transfert d'expériences sur d'autres points de la région Paca ;
- Rôle de médiation/mise en relation entre le groupe et les acteurs extérieurs (pouvoirs publics notamment).

Il y a pour le moment dix membres dans ce groupe réseau :

- **L'Aharp**, CHRS
- Imagine 84, **SAO/115**, service d'orientation du public (gestion des places d'urgence dans tous les CHRS du département, travail avec le 115), de coordination territoriale et d'observatoire de la précarité ;
- **Casa**, CHRS
- **L'Ancre**, CHRS (basé au sein de l'EPSM Montfavet) ;
- **Aveat**, CHRS
- **Passerelle**, CHRS
- **Secours catholique**, centre d'accueil de jour ;
- **CCAS** d'Avignon ;
- **La Croix Rouge**, CHRS ;
- **La Permanence d'Accès aux Soins de Santé** du centre hospitalier d'Avignon ;

Pour chacune de ces structures, c'est leur directeur qui est engagé et qui se déplace aux réunions (ou son représentant en cas d'impossibilité). Cependant, pour la PASS il s'agit du directeur de ce service et pour le CCAS, d'un membre du personnel en charge des

⁵¹ La convention a été signée le 2 octobre 2007 pour la période du 01/01/2007 au 31/12/2007.

questions d'exclusion (toutefois, la place du CCAS est vacante depuis quelques temps suite à l'absence à son poste pour des raisons personnelles de l'employé).

L'arrivée d'un nouveau membre se passe généralement de la façon suivante : il est introduit par un membre du groupe-réseau, il assiste à une réunion et son intégration est ensuite décidée collectivement.

Lors des réunions, l'ensemble des membres du groupe réseau n'est pas présent : c'est en moyenne 2/3 des membres qui sont présents. La DDASS a déjà été invitée à une de ces réunions, en mai 2007 mais n'est pas membre.

b) Un fonctionnement élaboré par ses membres et centré sur la dynamique collective

L'objectif de ce groupe est de rendre l'articulation santé/social sur le terrain plus efficiente, à partir de l'existant, et à terme, en incluant des évolutions futures (dans le cadre des réformes législatives et réglementaires, et en vue de répondre aux besoins rencontrés par les populations accompagnées).

En 2007, l'URIOPSS a mis en place le principe d'une réunion mensuelle des membres. La première action des membres présents a été de travailler collectivement sur l'identité du groupe (les membres, les objectifs, le contenu des réunions, etc.). Cette réflexion a conduit à la rédaction d'une « plaquette » de présentation⁵² permettant tant aux interlocuteurs extérieurs qu'aux membres présents ou nouveaux du groupe, de bien comprendre le rôle de ce groupe.

Ensuite, un point a été fait sur les modes de fonctionnement des uns et des autres, ce qui a permis d'identifier les points forts et obstacles rencontrés dans l'articulation des moyens.

Une autre mission que s'est donné le groupe est de remplir le rôle d'observateur et d'alerte des pouvoirs publics face aux constats faits sur le terrain, des difficultés comme des réussites.

Le groupe a pour ambition de parfaire l'articulation des différents services gérés par les associations représentées, pour offrir le plus large éventail de solutions possibles aux personnes sans abri. L'objectif est aussi de mieux connaître les différents acteurs sur le territoire et de pouvoir mieux communiquer avec eux : la circulation de l'information et l'entraide doivent améliorer la prise en charge des personnes en la rendant plus cohérente. Les échanges lors des réunions permettent de clarifier les modes de fonctionnement des uns et des autres et de réfléchir ensemble à des solutions dont les répercussions se font ressentir pour tous.

⁵² Cf. Annexe IV, page VII : Plaquette de présentation élaborée par les membres du groupe.

Les réunions mensuelles sont l'occasion pour chacun de se positionner sur l'organisation générale des moyens sur le territoire et de partager ses points de vue entre professionnels du même secteur. Cela permet de créer une dynamique collective, des liens plus étroits entre les différents intervenants locaux. Les sollicitations vers l'extérieur sont aussi organisées collectivement, ce qui donne plus de poids et de pertinence aux démarches initiées.

2.3 L'existence du GRSSSAA est légitime malgré son statut encore précaire

Le GRSSSAA est toujours dans une phase expérimentale à l'heure où je rédige ce mémoire. De ce statut, il a su mener à bien des projets en faveur de l'état de santé des sans abris (2.3.1), mais il en connaît également les désagréments (2.3.2).

2.3.1 La réalisation d'objectifs pertinents

L'étude de ce GRSSSAA doit me permettre de savoir si sa formation peut répondre à une meilleure prise en charge sanitaire des personnes sans abris. Ainsi, il est, selon moi et en tenant compte de sa création récente, un outil intéressant et à suivre de près en raison de la réalisation de trois objectifs, à savoir la formation d'un réseau de partenaires (a), la remontée des difficultés de terrain (b) et la présentation de projets pertinents au regard des besoins sur le territoire (c).

a) Constituer un réseau de partenaires

Le bilan fait au terme de l'année 2007, soit un an après la création du groupe réseau, montre que les acteurs sont mobilisés autour de cette initiative. Le rythme pourtant soutenu d'une réunion mensuelle voit les membres réunis au 2/3, ce qui est une bonne moyenne compte tenu du travail supplémentaire que cela peut demander à des directeurs de structures.

Par ailleurs, les membres que j'ai pu interroger pendant mon stage ont tous mis en avant la plus value de ce groupe réseau, qui a été de décroiser les structures sociales avignonnaises et leur mise en relation avec le monde sanitaire : le directeur du centre d'accueil de jour du Secours catholique pense que cela « a permis à la rue d'être plus socialisée ».

De même, ce groupe réseau est, pour la responsable de la PASS une réelle réussite car il a « *permis à l'hôpital de sortir de ses murs, de créer des liens et d'assurer une meilleure articulation entre le sanitaire et le social* ».

Tous les acteurs ont fait ressortir le mot confiance pour qualifier une qualité acquise grâce au GRSSSAA. C'est alors une belle réussite quand on pense aux débuts mouvementés du groupe réseau, avec l'organisation des débats autour de questions transversales relatives au sanitaire et au social, où chacun pouvait avoir peur de perdre sa « *part de marché* »⁵³ (en laissant un membre être promoteur unique d'un projet) et devait faire face à une nouvelle façon de travailler.

b) Faire état des difficultés rencontrées

Le but du réseau étant l'amélioration de l'articulation du sanitaire et du social, il implique alors indirectement la responsabilité pour chaque membre de faire part de ses difficultés et des problèmes rencontrés par les publics accueillis et par les personnels de sa structure, afin de permettre une meilleure coordination territoriale.

Ainsi, j'ai eu la chance d'assister à une réunion du groupe : ces réunions commencent, comme à l'accoutumée, par un point sur l'actualité de chaque structure. C'est alors un moment pour partager ses inquiétudes sur une situation, et qui se fait désormais de façon informelle (car spontanée), signe de l'ancrage de la confiance réciproque des membres.

En parallèle et hors des réunions du groupe réseau, se tiennent des « réunions porcelaine » destinées à étudier les cas difficiles et pour lesquels aucune réponse n'existe pour le moment. La structuration de ces réunions a émergé du groupe réseau, car il semblait nécessaire aux membres de créer un moment privilégié et anonymisé pour réfléchir à des situations dramatiques. C'est un lieu d'échange et d'entraide où cette fois, ce sont les éducateurs qui y participent.

Le SAO/115, membre du GRSSSAA, a trouvé toute sa place au sein du groupe car il joue le rôle d'observatoire de la précarité (taux d'occupation des centres) et nourrit avec exactitude l'état des difficultés rencontrées. Il dispose de chiffres portant sur les profils de personnes demandeuses d'un hébergement (CHRS et CADA) puisque c'est lui qui gère les orientations en centres d'hébergement : une structure ne peut délibérément accueillir une personne sans passer par le SAO/115. Les structures doivent quotidiennement lui faire part du taux d'occupation de leurs places et les personnes demandeuses d'un hébergement sont recensées au SAO. Chaque réunion du GRSSSAA et chaque comité départemental de veille sociale s'ouvrent par la remontée de ces informations par le SAO. C'est aussi l'occasion pour ce service de faire part des problèmes rencontrés et qui

⁵³ Propos recueillis auprès d'un Directeur de CHRS d'Avignon et membre du GRSSSAA.

deviennent inquiétants. Par exemple, lors du comité départemental de veille sociale de septembre 2008, il a été fait état d'une croissance non négligeable de demandes d'hébergement par des femmes isolées, avec enfants et provenant en grande partie de pays de l'Est. Un tel constat s'il persiste et est régulièrement rapporté, légitimera la mise en place d'une réflexion autour d'une solution adaptée (augmentation des places de CADA, de places de CHRS réservées aux femmes et enfants...).

c) *Construire des projets liant santé et précarité*

Au vue des remontées de difficultés, le groupe réseau peut être initiateur de projets qui répondent aux besoins des usagers. En effet, c'est un lieu où peuvent être envisagées des réponses et la mise en place de dispositifs manquants sur le secteur. A ce titre, trois projets ont été développés grâce à ce groupe réseau : des Lits Halte Soins Santé, une maison relais et une équipe mobile spécialisée en psychiatrie. Le contenu et la formalisation du projet sont élaborés au sein du groupe réseau mais il est désigné un seul porteur. Cela suppose de la part des membres une capacité à travailler ensemble et de proposer ensuite à la DDASS des projets en commun qui répondent à des besoins. L'enjeu et l'intérêt pour la DDASS est de se voir proposer un projet unique avec un promoteur unique. Il n'est plus question pour la DDASS d'instruire plusieurs dossiers redondants portant sur un même projet et sur un même secteur. Les membres sont alors amenés à s'entendre et à coopérer, du début jusqu'à la mise en place du dispositif initié. La mobilisation est alors importante car une fois le dispositif en place, l'ensemble des structures pourra jouir de relations privilégiées avec le nouveau dispositif et ne seront pas isolées.

• **Une maison relais de 35 places**

Géré par l'association AHARP sur Avignon, ce projet a été élaboré au sein du groupe réseau. La maison relais⁵⁴ est une structure d'hébergement longue durée et semi collective pour les personnes qui accumulent les séjours en centres d'hébergement ; c'est un dispositif financé par l'Allocation de Logement Temporaire (ALT), versée par la Caisse d'allocation familiale. Le lien avec la problématique du groupe réseau se justifie par le fait que d'une part, ce sera un lieu permettant aux personnes en grande difficulté de « se poser » et d'autre part qu'il est prévu de l'ouvrir au même endroit que celui où se trouveront les Lits Halte Soins Santé.

⁵⁴ Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10/12/2002 relative aux maisons relais, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité & Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer.

Le projet a reçu l'autorisation du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS) en septembre 2008, mais n'a pas encore vu sa réalisation matérielle faute de pouvoir trouver des locaux sur le centre ville d'Avignon.

- **5 Lits Halte Soins Santé (LHSS)**

Le porteur du projet est le CHRS de stabilisation L'Ancre, situé au sein de l'EPSM de Montfavet. Pour déterminer le nombre de LHSS nécessaire, les membres du groupe réseau ont procédé à une évaluation des besoins avant tout somatiques existants, en répondant à un recensement fait auprès des membres. Suite à l'obtention de l'autorisation du CROSMS, le projet n'a pas encore vu le jour car les locaux sont encore une fois un problème. L'idée était de regrouper au sein d'un même bâtiment la maison relais et les LHSS. Une occasion s'est présentée mais la ville d'Avignon a attribué la location de l'immeuble à une autre association, pour un projet relevant du champ médico-social.

Les LHSS sont des établissements médico-sociaux, financés par l'Assurance maladie (entre dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, ONDAM), qui ont pour objet de dispenser aux personnes sans domicile fixe des soins médicaux et paramédicaux qui leur seraient dispensés à domicile s'ils en avaient un. Ils assurent sans interruption des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Les équipes sont pluridisciplinaires (sanitaires et sociaux, dont au moins un médecin et une infirmière), et sont constitués des salariés de la structure ou des prestataires extérieurs (mise à disposition ou vacations de professionnels libéraux). L'admission au sein d'un LHSS est prononcée par le directeur, sur demande de l'intéressé, pour une période ne pouvant excéder 2 mois, et après avis du médecin de la structure. Il faut que des soins hospitaliers apparaissent comme nécessaires. Les LHSS auront l'obligation de passer une convention avec l'établissement disposant d'un service de psychiatrie et dont ils dépendent⁵⁵.

- **Une Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie**

La prévalence des souffrances psychiques des personnes à la rue a vite fait émerger sur Avignon la nécessité de voir se créer une Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie (EMSP). Ce projet était un sujet ouvert à d'éventuelles rivalités entre deux membres du groupe réseau. En effet, deux des membres proposent déjà un dispositif proche de ce à quoi correspond une EMSP.

D'une part, le CHRS L'Ancre propose depuis quelques temps de ce qu'il appelle une « équipe mobile ». Elle est rattachée à l'EPSM de Montfavet et financée par le PRAPS Paca ; un infirmier spécialisé en psychiatrie se déplace auprès des centres d'hébergement (temps de permanence pour recevoir des usagers, étude de cas avec les

⁵⁵ Décret n°2006-556 du 17/05/2006, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées "Lits Halte Soins Santé", JORF du 18/05/2006.

personnels des centres) et permet à ces structures d'entretenir des liens forts avec l'EPSM quand une hospitalisation est nécessaire.

D'autre part, le CHRS Casa dispose d'une équipe de médiation de rue, avec la collaboration deux fois par semaine de l'association Aides. Deux éducateurs salariés de Casa se déplacent dans les rues d'Avignon pour s'informer des besoins des personnes à la rue (hébergement, nourriture, soins...). A ce titre, ils disposent de la confiance auprès de ce public qui ne se laisse pas approcher facilement.

Le sujet étant une « chaise gardée » des deux centres d'hébergement, la désignation du promoteur a pris du temps et a été faite lors d'une réunion difficile. C'est finalement le CHRS Casa qui a été désigné.

Cependant, et en référence aux textes⁵⁶, l'EMSP devra être un mélange des deux formules existantes sur Avignon : elle doit se déplacer dans les structures et dans la rue et devra surtout répondre à des besoins en santé mentale. Lorsque j'ai assisté à la réunion du groupe réseau du 5 septembre 2008, j'ai pu voir les prémices de la réflexion du promoteur, le CHRS Casa. Le promoteur fait des propositions qui sont ensuite discutées entre les membres du groupe réseau. Finalement, c'est le promoteur qui soumet des propositions pour le projet et le groupe réseau donne son accord ou fait les modifications qui lui semblent pertinentes.

Le groupe réseau est porteur de projets mais il n'empêche que des membres du réseau organisent des partenariats plus spécifiques, en marge du réseau. Par exemple, le chef de service de la PASS du centre hospitalier d'Avignon m'a fait part de la convention en cours avec le CHRS Casa de la création d'une maison médicale au sein du centre hospitalier. La maison médicale serait composée de médecins généralistes, indépendants par rapport à l'hôpital et qui assureraient une garde de 20h à 24h en semaine et toutes les journées des samedis et dimanches. La médiation de rue (gérée par Casa) pourrait alors amener à cette maison médicale les personnes rencontrées dans le cadre de sa maraude. La PASS s'engage alors auprès des médecins à régulariser la situation des personnes (au niveau des paiements) dans les 3 mois suivant la visite. Cela permettrait alors à ces publics de se remettre dans le cursus du soin, et de couvrir un besoin important.

Au travers de ces différents projets, le groupe réseau répond à son objectif de créer des partenariats utiles pour répondre aux besoins des usagers.

⁵⁶ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23/11/2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, BO n°2006-1, annonce n°69.

2.3.2 Des avancées possibles inhérentes au cadre actuel du GRSSAA

Le groupe réseau, officiellement constitué en février 2007, répond aux objectifs qu'il s'est pour le moment fixé : les acteurs jouissent d'une meilleure lisibilité, des projets ont émergé et doivent désormais se réaliser (trouver les locaux adaptés).

Cependant, il s'avère que le groupe réseau souffre de quelques freins inhérents à sa jeunesse.

En effet, il s'agit pour le moment d'une solution encore récente et qui sera une véritable réussite en fonction de la mobilisation dans le temps de ses membres. Par exemple, lorsque j'ai assisté à leur réunion du mois de septembre, j'ai été perplexe quant à la dynamique du groupe car la conseillère technique de l'URIOPSS Paca y a une grande importance. Le rôle d'animatrice peut alors poser la question de la survivance du groupe face à un non renouvellement du financement de ce poste, puisqu'il s'agit de crédits non renouvelables et donc non pérennes. Cela pose la question plus générale de l'autonomie du groupe et de son envol.

Par ailleurs, ce groupe réseau est une expérience originale dans la mesure où il s'agit pour le moment d'un espace de réflexion et de partage, un lieu informel et moins contraignant qu'un véritable réseau. Au bout de deux ans de vie, cet état expérimental semble être confortable puisqu'une réflexion sur son institutionnalisation commençait seulement à être envisagée lors de la réunion du mois de septembre. Cependant, les membres ne sont pas très mobilisés autour de cette idée d'institutionnalisation du groupe puisqu'il revient à la conseillère technique de préparer un modèle de Charte et de règles de fonctionnement ; ces projets ont été proposés trente minutes avant la fin de la dernière réunion, avec un groupe réseau réduit à cinq personnes, suite à des départs avant la fin de certains membres.

Peut-être que le temps est nécessaire aux membres du GRSSAA pour s'inscrire dans un véritable réseau santé-social. Cependant, la DDASS a rappelé la nature du financement d'un poste d'animateur qui ne devait pas aller bien au-delà de la première année. Comment concilier la volonté des membres et celle de la DDASS sans affaiblir la synergie trouvée des membres du groupe réseau ?

Pour tenter de répondre à cette question délicate, je me propose d'émettre quelques préconisations qui visent, avant tout, la transformation du GRSSAA en un véritable réseau santé-social.

3 Préconisations pour stabiliser l'expérience du GRSSAA

Le GRSSAA que j'ai pu observer pendant mon stage d'exercice professionnel est une initiative intéressante. Les réseaux santé- social ne sont pas choses courantes dans le milieu social puisqu'on a plus conscience de ce phénomène dans le milieu sanitaire et médico-social.

Cependant, l'état expérimental que garde ce groupe réseau avignonnais commence à être inconfortable pour la DDASS qui souhaite que l'expérience devienne stable. C'est face aux réussites réalisées pour le moment que cette impatience peut s'expliquer, outre la question du financement incertain du poste d'animateur du groupe. Ainsi, il me semble que trois axes de préconisations peuvent être avancés afin d'éviter que l'initiative d'un groupe réseau santé-social ne stagne à l'état expérimental : pérenniser (3.1), évaluer (3.2) et développer (3.3).

3.1 Pérenniser

En premier lieu, il me semble pertinent d'assurer la pérennité du groupe réseau pour éviter sa dislocation. Cela peut se faire par quatre moyens que sont la formalisation des règles de fonctionnement du groupe (a), l'animation par un des membres afin de mieux les impliquer (b), un financement stable (c) et un élargissement à d'autres partenaires pertinents (d).

3.1.1 Institutionnaliser a minima

Le GRSSAA, lors de mon étude, ne disposait d'aucun document contraignant par rapport à son organisation. Le seul document élaboré en commun et qui porte sur leur initiative est une plaquette de présentation, destinée aux membres présents et futurs, ainsi qu'aux partenaires extérieurs du groupe. Dans ce contexte, les membres ne sont en rien engagés dans cette initiative de façon durable. En outre et dans la mesure où ce sont les directeurs des structures qui se réunissent, il n'existe pour l'instant aucun engagement des structures. Ce sont les personnalités présentes qui ont fait que ce groupe existe, mais en aucun cas les structures. Le risque est alors de voir les personnalités changer et l'engagement diminuer voire disparaître.

L'intérêt d'une forme institutionnalisée serait de recueillir de façon sûre l'engagement des structures et non des personnes, de façon à ce qu'un changement de direction au niveau d'une structure ne fragilise pas la synergie recherchée et trouvée, et qui existe aujourd'hui au sein du GRSSAA.

L'institution de procédures et de règles est un moyen d'éviter les dysfonctionnements liés aux personnalités : une charte et/ou un règlement de fonctionnement sont alors nécessaires. De plus, le partenariat sera d'autant plus fort que l'engagement revêt une forme simple (comme celui d'une Charte) et qu'il jouira de toute façon de la reconnaissance essentielle qu'est celle de la DDASS.

De plus, ce serait un moyen auprès de la DDASS et d'autres financeurs potentiels (Mairie, Conseil Général, par exemple), de légitimer un moyen de ressource stable.

Lors de la réunion du groupe-réseau en septembre 2008, l'animatrice avait travaillé sur une proposition de charte et de règlement de fonctionnement⁵⁷. Cependant, le temps a manqué pour le groupe de travailler et de réfléchir ensemble dessus et le moment où les documents ont été discutés pendant la réunion n'était pas adéquat pour recueillir l'attention des membres⁵⁸.

Il devient cependant urgent pour le groupe d'adopter des règles de fonctionnement car c'est d'une part l'une des missions de l'animatrice et d'autre part, le financement de son poste n'est pas assuré de façon pérenne. Le groupe a donc un double intérêt à se doter de règles : pour éviter la démobilisation de ses membres et pour éviter qu'il ne soit privé de moyens de financement car le temps qui passe peut remettre en cause la pertinence d'une expérience qui ne prend pas forme.

3.1.2 Assurer le passage de relais sur la fonction d'animation de groupe

Le poste d'animateur du groupe réseau est assuré par un tiers extérieur (Conseillère technique de l'URIOPSS Paca- Corse) et financé par des fonds publics (crédits d'ingénierie sociale, renouvelés pour l'année 2009). Cette fonction a une limite dans le temps de par la nature de son financement et par le but vers lequel doit tendre l'expérience : la constitution d'un réseau santé- social. La conseillère technique de l'URIOPSS voit d'ailleurs avec pragmatisme la nécessité de passer le relais car elle-même souhaite qu'un membre du groupe puisse assumer le rôle d'animateur.

Parmi les membres du GRSSSAA que j'ai pu interroger, la question de la pertinence d'une animation par un tiers extérieur se pose. Au fil du temps, certains pensent que son maintien est important voire essentiel et d'autres trouvent qu'il sera bientôt temps d'envisager la survie du GRSSSAA face au départ de la conseillère de l'URIOPSS. L'avantage d'avoir un tiers extérieur comme animateur était considérable au début de la

⁵⁷ Annexes V et VI, pages XI et XII : Charte et règlement intérieur proposés par Mme Géraldine Meyer, URIOPSS Paca- Corse.

⁵⁸ Les documents avaient été envoyés par mail avant la date de cette réunion, mais les membres n'avaient pas eu le temps de réfléchir dessus. La discussion autour de ces documents est intervenue 30 minutes avant la fin de la réunion.

formation du GRSSAA. En effet, l'animateur joue un rôle clé : animation et recadrage des débats, fonction « ressource » (apport technique, rédaction des compte rendus etc) et position centrale (centralisation des informations comme les coordonnées téléphoniques, appel en cas d'impossibilité). Etre alors extérieur au terrain professionnel d'Avignon donne droit à une certaine légitimité car l'animateur apparaît comme quelqu'un de neutre. Cela a permis à la conseillère technique de l'URIOPSS de jouer, au départ, le rôle de « Candide », dans ce sens où elle pouvait poser des questions de toutes sortes pour mieux cibler les membres du groupe et leurs fonctions, et par conséquent de faire se révéler les petites rivalités qui existaient entre les membres au début des réunions. Elle a pu aplanir les relations entre les membres.

Cependant, au fil du temps, les tensions ont diminué et le rôle d'animateur joué par la conseillère technique se justifie moins. Si le GRSSAA arrive à adopter des règles et procédures de fonctionnement, alors il sera temps pour les membres de faire prendre au GRSSAA son propre envol. En effet, les membres ont montré qu'ils étaient capables de s'accorder sur l'émergence de difficultés et de mener à bien des projets. Il ne manque que l'engagement formel de tous les membres de poursuivre l'initiative pour pouvoir désigner, en leur sein, un animateur qui aura alors une fonction de coordination du groupe.

C'est une étape essentielle qui marquera la maturité de l'expérience et posera véritablement les bases d'un réseau santé-social.

3.1.3 Envisager un mode de financement stable

Le GRSSAA fonctionne matériellement et indirectement grâce au soutien financier de la DDASS sur le poste d'animateur. Les crédits n'étant pas pérennes, la stabilité du GRSSAA n'est donc pas acquise de ce côté-là. C'est un obstacle qu'il est important de surmonter pour viabiliser cette expérience.

Comment assurer un financement stable du GRSSAA ? La solution découle des deux préconisations évoquées ci-dessus. En effet, nous sommes toujours dans l'expérimentation, ce qui entraîne une incertitude quant à la suite à lui donner. Si le GRSSAA arrive à se doter d'une reconnaissance officielle par la création d'un réseau santé- social, alors il pourra prétendre au bénéfice de subventions stables. La circulaire relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux⁵⁹ envisage cette possibilité et le GRSSAA, une fois constitué en réseau répondra à ces critères. Cette circulaire encourage la formation de nouveaux réseaux et le soutien aux réseaux existants. Dans le cas de la création d'un nouveau réseau, l'Etat doit en être le premier

⁵⁹ Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI/99/648 du 25/11/1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

financeur mais ne devra pas demeurer le seul : la preuve de la confiance de l'Etat en ce réseau doit permettre à la structure de trouver d'autres financeurs comme l'Assurance maladie et les collectivités territoriales (selon le type de projet envisagé par le réseau). L'Etat aurait alors principalement pour poste à financer celui du coordinateur du réseau.

Lors de mes rencontres auprès des membres du GRSSSAA, l'un d'eux m'a fait part d'un nécessaire soutien matériel par la DDASS. Cela peut se comprendre car faire partie d'un réseau et en être membre actif prend du temps lorsqu'on est à la fois responsable de structures sociales (assister aux réunions, préparer l'ordre du jour, rédiger les comptes-rendus). De plus, il arrive un moment où le besoin en soutien technique peut apparaître, comme celui de formations (acquérir des connaissances sur des points spécifiques et relatives au champ du réseau, suivre les évolutions législatives etc) ou de consultations d'experts extérieurs (réalisation d'études comme peut le proposer la FNARS ou l'URIOPSS). Par ailleurs, on peut envisager les besoins purement matériels que peut entraîner la création d'un véritable réseau : un local spécifique, un numéro de téléphone unique (car pour le moment et comme me l'a souligné la responsable de la PASS, il n'existe pas un numéro de téléphone pour le référent du groupe réseau, ce qui l'amène à appeler toujours les mêmes membres du groupe- réseau) et des moyens logistiques basiques pour assurer la bonne administration du réseau.

Tous ces éléments représentent un coût qui peut être non négligeable et difficilement supportable par les budgets des centres d'hébergement. Il serait alors dommage de perdre le bénéfice d'une telle initiative faute de financements.

3.1.4 Elargir à certains partenaires

Le GRSSSAA regroupe surtout des partenaires issus du même milieu. Mise à part la participation de la PASS et de l'EPSM de Montfavet, les membres sont tous les directeurs ou les représentants des centres d'hébergement. Le CCAS de la ville d'Avignon y a sa place, cependant, le fait que la personne engagée soit dans l'impossibilité de se rendre aux réunions et que son remplacement ne soit pas assuré, laisse la place vacante. Face à l'actuel problème des locaux en centre d'Avignon pour les projets portés par les membres du GRSSSAA et récemment autorisés (Lits Halte Soins Santé et maison relais), le fait que la Mairie ne soit pas présente pose question. Son engagement au sein du groupe réseau aurait été un moyen de trouver plus facilement ces locaux qui, faute d'être là, ne permettent pas aux projets de voir le jour. Ce problème de non engagement du CCAS, alors qu'il est membre du groupe réseau, découle sans doute du fait que le fonctionnement n'engage pas encore les structures mais uniquement les personnes.

Ainsi, sur Avignon, il semblerait pertinent d'élargir le GRSSSAA à d'autres structures associatives ou publiques.

Au niveau associatif, il me semble nécessaire d'intégrer davantage les structures de lutte contre les addictions puisque ce sont des problèmes sanitaires rencontrés très fréquemment auprès des sans abris. Leurs intégrations permettraient d'abord une remontée encore plus fine des problèmes de santé rencontrés auprès des sans abris, pour construire des solutions de prévention et de soins encore plus adaptée et spécialisée pour la prise en charge de ces pathologies (suivi régulier, traitements parfois lourds, soutien moral important etc).

Pour les structures publiques, je pense qu'il serait intéressant d'inviter les institutions œuvrant dans l'aide sociale et en lien avec le sanitaire : le service santé du RMI (Conseil général), la Caisse primaire d'assurance maladie (aspect accès aux droits via la CMU, CMU-C et Aide Médicale Etat), l'Office public des habitats à loyers modérés de la ville d'Avignon (partenariat pour des locaux).

En outre, il est même envisagé par un des membres du GRSSSAA la présence de la DDASS lors des réunions, afin de mieux baliser le travail du groupe, pour obtenir un éclairage sur la politique départementale de santé articulée avec le social.

3.2 Evaluer

L'évaluation est une « *démarche consistant fondamentalement à porter un jugement de valeurs sur une intervention (une pratique, une organisation, un programme, une politique) dans le but d'aider à la décision* »⁶⁰.

La transformation du GRSSSAA en un véritable réseau santé-social doit être permise par l'évaluation de la pertinence de cette formation dans la prise en charge sanitaire des publics en grande difficulté. L'intérêt de procéder à une telle évaluation permettra de mieux définir l'attente que les pouvoirs publics (en l'espèce, la DDASS) ont de cette initiative et constitue par ailleurs la condition sine qua non pour obtenir un financement dans le cadre d'un réseau.

Dans un ouvrage paru en 2001⁶¹ et portant sur l'évaluation des réseaux de soins, une grille d'analyse est proposée en fonction de cinq dimensions. Cette grille soulève des questions que l'on peut adapter au GRSSSAA et qui gardent leur pertinence dans le

⁶⁰ « Constandriopoulos, 1991 », vu dans *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*, ouvrage collectif, CREDES et Image ENSP, biblio n°1343, mai 2001, p :19.

⁶¹ *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*, ouvrage collectif, CREDES et Image ENSP, biblio n°1343, mai 2001.

cadre de son évaluation. Je me permets alors de m'en inspirer pour mettre en valeur les axes d'évaluation possibles du GRSSAA.

- **Quel est l'impact du réseau sur les usagers ?**

Cette première question permet de se demander si la création du GRSSAA répond à l'objectif qu'est l'amélioration de la prise en charge sanitaire des sans abris. Pour y répondre, nous pouvons imaginer les critères suivants :

- Orientation entre les structures sanitaires et sociales des personnes présentant des problèmes de santé (de la structure de soins vers une structure d'hébergement et inversement);
- Taux de fréquentation des structures de soins par les sans abris et comment ils s'y sont rendus (travail du réseau entre les structures, orientation par les salariés des structures...) ?
- Ressenti des personnes hébergées dans les structures membres du GRSSAA par rapport à leur état de santé ? (sentiment d'une meilleure prise en charge, d'améliorations ou non ?)

- **Quelles sont les conséquences du réseau en termes de partenariats entre les acteurs ?**

Puisque le réseau sert également à rendre cohérent le parcours de soins de la personne sans abri, il est important de déterminer si les membres du réseau entretiennent des relations favorisant cet objectif.

Ainsi, les critères qui permettraient de rendre compte de cet axe seraient :

- Fréquence des réunions ?
- Taux de fréquentation des réunions (nombre moyen de membres présents aux réunions, baisse ou hausse au fil du temps, motifs d'absence ?)
- Contractualisation entre les acteurs (y'a-t-il eu des conventions signées entre les membres?) ?
- Le réseau est-il force de nouveaux projets (nombre de projets ? Sont-ils adaptés aux besoins des usagers, taux d'autorisation CROSMS sur les projets proposés?)
- Redondance des projets :
 - o Les projets présentés sont-ils les mêmes au sein d'un même secteur ?
 - o Les promoteurs sont-ils toujours les mêmes au sein d'un même secteur ?
- Un changement des pratiques professionnelles s'est-il réalisé ?

L'évaluation du GRSSAA pourrait intervenir à deux moments.

Le premier pourrait intervenir avant l'établissement d'un véritable réseau santé-social. En effet, avant la mise en place de crédits pérennes, il serait judicieux de procéder à une analyse des besoins de la population concernée. Le fait que le GRSSAA soit pour le moment au stade expérimental permet de le prouver, car l'expérience suppose qu'un

ensemble d'éléments positifs concourent à sa mise en place durable. Procéder à une évaluation à ce stade permettrait de s'assurer de la subsistance de la volonté des acteurs d'améliorer l'articulation du sanitaire et du social, et de travailler en bonne intelligence et en commun sur ces questions.

Le deuxième temps de l'évaluation se situerait pendant le fonctionnement du réseau santé-social, c'est-à-dire lorsque le GRSSSAA se sera transformé en réseau et lui aura laissé le temps de s'installer dans le paysage sanitaire et social. Une évaluation serait alors nécessaire suite à un certain temps d'existence du réseau afin de justifier de l'intérêt de son financement pérenne. L'évaluation devrait porter sur l'analyse des pratiques et des résultats du réseau. Il n'est pas exclu d'envisager une évaluation plus poussée qui comporterait en outre un volet financier (les moyens alloués sont-ils adaptés au fonctionnement du réseau ?). L'évaluation pourrait également être plus poussée pour mieux cerner la plus value obtenue auprès des usagers et les changements obtenus suite à la création de ce réseau.

Enfin, une évaluation interne devrait permettre au réseau de prendre du recul par rapport à son impact sur la population ciblée, la pertinence de ses résultats. Un ou des responsables devraient alors être désignés en interne et qui pourraient, avec l'aide de la DDASS, mettre en place des indicateurs pertinents.

3.3 Développer

L'intérêt d'avoir créé un GRSSSAA uniquement sur le secteur d'Avignon est de pouvoir « tester » à une petite échelle la portée d'une solution originale. Cela implique indirectement l'extension de cette expérience de différentes façons. La première serait de développer une initiative similaire sur une autre partie du département (3.1), pour ensuite envisager un réseau plus vaste de coordination départementale (3.2). Enfin, le développement de cette expérience doit permettre de développer le rôle de l'Etat via la DDASS, dans la prise en charge sanitaire des sans abris (3.3).

3.3.1 Une initiative lancée sur le Nord Vaucluse

La réussite du GRSSSAA sur Avignon permet, au niveau de la DDASS, d'envisager une reproduction de cette solution sur le Nord du département.

Le choix de porter une reproduction du GRSSSAA sur le Nord Vaucluse s'explique par différents éléments, qui ne sont pas les mêmes que ceux qui ont précédé la création du GRSSSAA sur Avignon. En effet, il existe déjà sur le Nord Vaucluse des réseaux de santé qui ont l'habitude de travailler avec les associations ou les structures sociales et médico-sociales. Un réseau informel existe déjà, mais qui repose avant tout sur les personnes. Il

serait alors intéressant de lier entre eux ces petits réseaux informels et qui aurait intérêt à engager les structures.

Un appel à projets pour des crédits d'ingénierie sociale et visant des initiatives de regroupement ou de construction de réseaux, a été publié en milieu d'année 2008 auprès des DDASS. La DDASS de Vaucluse a souhaité inscrire sous cet appel à projet l'accompagnement par l'URIOPSS sur le Nord Vaucluse d'un réseau santé-social. Les crédits ont été alloués, ce qui va permettre de tester la reproduction de l'initiative du GRSSSAA sur cette partie du département.

Cependant, même l'URIOPSS ne peut faire de pronostic sur la réussite ou non d'un tel projet. En effet, la réussite du GRSSSAA est, du point de vue de la conseillère technique de l'URIOPSS, due essentiellement à la qualité des acteurs et professionnels présents sur Avignon. Ils se sont réellement inscrits et investis dans cette logique de mise en réseau, en adoptant la forme d'un groupe-réseau : c'est alors un élément subjectif de réussite et qui est un élément propre aux réseaux (la personnalité des membres). Par ailleurs, la logique territoriale n'est pas la même, ce qui ne permet pas de s'avancer sur un échec ou une réussite de cette initiative C'est une zone où le rural s'oppose aux villes, avec une implantation de structures très diverses, des problématiques différentes car la population n'est pas la même qu'à Avignon et les politiques municipales divergentes (Orange/ Avignon).

3.3.2 Relancer un réseau départemental ?

Le but de lancer une expérience de la même nature que le GRSSSAA sur le Nord Vaucluse, est la possibilité d'un travail partenarial sur l'ensemble du département.

L'échec d'un réseau départemental qui a précédé le GRSSSAA était dû à une inexpérience des membres à pouvoir mesurer l'impact d'un réseau sur leur mode de fonctionnement. L'idée de pouvoir créer en premier lieu des réseaux locaux au sein du département (GRSSSAA et initiative sur le Nord Vaucluse), permettrait aux acteurs de terrain de prendre conscience de la plus value d'une telle solution, pour ensuite ressentir l'intérêt d'un travail plus global, au sein du département. L'idée serait alors de réunir les coordinateurs des réseaux locaux pour partager sur leurs initiatives, leurs avancées et les solutions trouvées.

La coexistence de deux réseaux sur le Vaucluse (Avignon et Nord Vaucluse) serait une opportunité pour ces deux structures de partager leurs connaissances, leurs difficultés et les solutions qu'elles ont adoptées. Par conséquent, cela donnerait la chance pour les services de l'Etat de bénéficier d'un état des lieux plus global lors des échanges entretenus pendant le comité départemental de veille sociale. L'existence d'un

observatoire départemental de la précarité aurait davantage de pertinence car il pourrait bénéficier des informations obtenues par le croisement de ces deux réseaux.

Enfin, la taille du Vaucluse par rapport aux autres départements de la région PACA est un facteur favorable car il se situe dans la moyenne : dans les départements plus petits (comme les Alpes de haute Provence ou les Hautes Alpes) les acteurs se connaissent mieux du fait de leur proximité dans ce territoire ; dans les Bouches du Rhône, la conseillère technique de l'URIOPSS constate que les acteurs marseillais sont en manque d'un travail similaire à celui proposé par le GRSSSAA : ils ont leur propre réseau mais n'ont pas accès aux moyens financiers car il n'y a pas de mise en commun.

3.3.3 Quelle place pour l'Etat et à quel niveau ?

Au sein du GRSSSAA, la présence de la DDASS est « *invisible* »⁶². En effet, la DDASS n'est pas membre du groupe réseau et n'assiste pas physiquement aux réunions sauf invitation expresse. Les membres savent que l'animatrice du groupe reçoit son financement de la DDASS (et que des entretiens existent entre les deux services) et que la DDASS est un partenaire privilégié (autorité de tutelle, de conseil et d'autorisation). Le fait que la DDASS soit extérieure au groupe leur permet de garder leur force de proposition, car la parole est libre du regard de leur autorité de tutelle.

Toutefois, il n'est pas inintéressant de soulever la question d'une présence plus marquée de l'Etat. Cet aspect m'a été évoqué par un des membres du GRSSSAA et directeur d'une structure d'hébergement qui, à la question de savoir qui pourrait prendre le relais de l'URIOPSS dans le rôle d'animation du GRSSSAA, a mis en avant le regret de ne pas voir l'Etat plus présent au sein du GRSSSAA. Ce que ce membre souhaite c'est inscrire la démarche du GRSSSAA dans la politique départementale de santé et lui permettre d'adopter des stratégies qui vont dans ce sens. L'Etat, à travers la DDASS, aurait ce rôle d'aiguilleur des membres dans la politique définie.

Cette réflexion permet de réellement se demander ce que l'on attend de l'Etat dans la prise en charge sanitaire des sans abris. Sachant qu'il n'est pas seul compétent en matière de lutte contre les exclusions, il est alors intéressant de lui confirmer un rôle d'« *aiguilleur* ». En effet, il agit avec une vision globale du sanitaire et du social puisque ses services déconcentrés au sein d'une région (DDASS et DRASS) lui en donnent les moyens. Ainsi, la prise en charge sanitaire des sans abris, d'abord centrée sur l'aspect sanitaire, s'inscrirait ensuite dans un cadre plus large de prise en charge des facteurs sociaux qui entretiennent une situation de santé défavorable pour les personnes à la rue.

⁶² Qualification donnée par la conseillère technique de l'URIOPSS.

Je ne pense cependant pas que la DDASS devrait participer physiquement au réseau ; par contre, elle pourrait s'engager dans ce domaine grâce à la mise en œuvre d'une charte territoriale de cohésion sociale qui lui permettrait de jouer le rôle d'assembler social.

En effet, adopter une charte territoriale de cohésion sociale sur le département vauclusien et sur le territoire du Grand Avignon, serait alors une solution pertinente. C'est un outil créé par le plan de cohésion sociale adopté en 2004⁶³. Le plan adopte une démarche inédite consistant à traiter ensemble les grands problèmes qui mettent en péril la cohésion du pays et repose sur trois piliers : l'emploi, le logement et l'égalité des chances. Cette mise en œuvre est notamment prévue au travers de la signature de chartes territoriales de cohésion sociale (programme n°18 du plan de cohésion sociale). Ces dernières sont un instrument proposé aux acteurs locaux qui souhaitent s'engager ensemble dans la réalisation d'un projet territorial déclinant et incarnant les différents axes du plan de cohésion sociale. Les objectifs des chartes territoriales de cohésion sociale sont de faciliter le décloisonnement, de mutualiser les moyens et de fédérer les synergies entre les acteurs locaux et les services de l'État. Elles visent également à susciter l'émergence de projets sur des territoires pour traiter des phénomènes de précarisation et à consolider l'existant par des actions cohérentes complémentaires et multi partenariales. C'est un outil privilégié et très adapté à la problématique santé- social, car il invite tous les acteurs compétents des domaines visés par la charte territoriale à mieux se coordonner sur un territoire : les institutions publiques (Services déconcentrés de l'Etat, Conseil général, Mairies...) mais aussi les professionnels de terrain.

La charte territoriale pourrait recouvrir la mise en place d'un réseau santé-social et permettre la création de solutions faisant appel à toutes les compétences et ce, dans une optique de transversalité.

⁶³ Adopté le 24 juin 2004, le plan de cohésion sociale recouvre des dispositions issues des lois de rénovation urbaine d'août 2003, de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 et de textes réglementaires.

Conclusion

La réforme de l'Etat est en marche et le milieu sanitaire, social et médico-social n'en fait pas l'économie. En effet, notre métier d'IASS, exercé principalement en DDASS et DRASS, va connaître des changements structurels importants du fait des réformes actuelles. Le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a déposé le 22 octobre 2008 sur le bureau de l'Assemblée nationale, un projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Ce projet se compose de quatre titres : modernisation des établissements (titre I), accès de tous à des soins de qualité (titre II), prévention et santé publique (titre III) et organisation territoriale du système de santé (titre IV).

La réforme majeure est celle de la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces ARS rassembleront l'Etat et l'Assurance maladie, au niveau régional et regrouperont les DDASS, la DRASS, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), le Groupement régional de santé publique (GRSP), l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et la Mission régionale de santé (MRS). Leur champ de compétence portera sur celui du sanitaire et du médico-social (dépendance et handicap). Par conséquent, l'action sociale de l'Etat se situe « hors champ » des ARS et est laissée au niveau du département, en Préfecture, au sein d'une Direction Départementale de Protection des Populations ou d'une Direction Départementale de Cohésion Sociale⁶⁴.

Cette réforme paraît alors intervenir à contre courant de mon mémoire qui tend à démontrer l'intérêt à décloisonner le sanitaire et le social. En effet, en opérant une distinction entre le sanitaire/médico-social d'un côté et le social de l'autre, le projet de loi semble remettre en question un mouvement qui s'est construit depuis ces vingt dernières années.

Le sanitaire est au carrefour des politiques sociales et médico-sociales de l'Etat. Réunir en une même entité des compétences d'action entre le médico-social et le sanitaire est une chose souhaitable et qui se comprend aisément, mais ne pas y avoir inclus le social soulève quelques interrogations. On peut en effet craindre un retour en arrière qui pourrait rendre difficile l'articulation que l'on peut préconiser entre le champ sanitaire et social. Certes cela reste de la compétence de l'Etat, mais une barrière physique va être installée (ARS/ Directions Départementales) et il est à craindre des échanges moins efficaces pour mettre en place des projets liant le sanitaire et le social, comme peut être celui du

⁶⁴ Circulaire du premier Ministre 07/07/2008 relative à l'organisation de l'administration départementale de l'Etat, JORF du 09/07/2008.

GRSSSAA. Il est alors judicieux de se demander comment se fera la répartition de compétences entre le service préfectoral et le « service ARS », pour le dépôt de projet s'inscrivant dans le ressort de ces deux structures.

Cependant, on peut compter sur les pratiques acquises au sein des DDASS et DRASS pour mettre en place de tels projets, qui ne disparaîtront sans doute pas avec cette future répartition de compétences. La logique de décloisonnement avec la construction de réseaux est de plus en plus utilisée, car elle permet de mettre en commun des compétences et de mieux utiliser les ressources financières et humaines qu'elle requiert. En outre, le Secrétaire d'Etat en charge des ministères chargés des affaires sociales⁶⁵, s'est engagé à garantir la fluidité des ressources humaines entre les ARS et les Directions Départementales⁶⁶. Il est alors permis d'en déduire que les compétences sanitaires, sociales et médico-sociales qu'acquiert les IASS, ne seront pas remises en cause et que la réforme permettra à ces derniers de toujours œuvrer dans le sens d'une articulation entre ces différents domaines.

Par ailleurs, le projet de loi tend à prendre en compte la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, qu'elles soient matérielles (« désert médical ») ou financières. En effet, le titre II souhaite lutter contre les discriminations financières dans l'accès aux soins, car le Ministère reconnaît l'existence (dans certains cas) de patients qui se voient refuser des soins au motif qu'ils sont bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'AME. Pour assurer l'effectivité de la sanction de ces comportements, le projet de loi prévoit trois mesures :

- il permet la pratique du «testing» pour établir la preuve qu'un professionnel pratique effectivement le refus de soins ;
- la charge de la preuve en cas de refus de soins est inversée, en faveur du patient ;
- enfin, les patients qui s'estiment victimes de discrimination financière ou sociale peuvent s'adresser directement à l'organisme local d'assurance maladie ou à l'Ordre des médecins pour faire valoir leurs droits.

Force est alors de rester optimiste et confiant face à cette réforme qui, en bouleversant le paysage sanitaire, social et médico-social, vient questionner les pratiques des professionnels qui rejoindront ces nouvelles structures ainsi que les professionnels du terrain. Peut-être que la légitimité dont a fait preuve la reconnaissance des liens entre santé et précarité, donnera alors encore plus de pertinence à des réseaux santé-social qui se formeront dans ce nouveau paysage institutionnel.

⁶⁵ M. Jean-Marie Bertrand qui, par sa fonction, doit coordonner la mise en place des ARS.

⁶⁶ Oralement, à l'occasion d'une intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, le 20/01/2009.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi d'orientation n°98-657 *relative à la lutte contre les exclusions* du 29 juillet 1998, JORF du 31 juillet 1998.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 *portant création d'une Couverture Maladie Universelle*, JORF du 28 juillet 1999.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 *rénovant l'action sociale et médico-sociale*, JORF du 03 janvier 2002.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, JORF du 5 mars 2002.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*, JORF du 11 août 2004.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 *de programmation pour la cohésion sociale*, JORF du 19 janvier 2005.
- PREMIER MINISTRE. Décret n°2006-556 du 17 mai 2006 *relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits Halte Soins Santé »*, JORF du 18 mai 2006.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 *relative à la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)*.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI/99/648 n°99-648 du 25 novembre 1999 *relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux*.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 *relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire*.
- DGS, DHOS, DGAS, Direction interministérielle à la ville (DIV). Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n°2001/393 du 2 août 2001 d'orientation *relatives aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale*.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGS/DS6D n°2002/100 du 19 février 2002 *relative à la mise en place des PRAPS*.

- MINISTERE DE L'EMPLOI DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE. Circulaire DGAS/DPM/DIV/DGEFP/DGUHC/2005/223 du 11 mai 2005 *relative à la mise en œuvre des chartes territoriales de cohésion sociale (programme 18 du plan de cohésion sociale)*.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie*.
- PREMIER MINISTRE. Circulaire du premier Ministre 07/07/2008 *relative à l'organisation de l'administration départementale de l'Etat*, JORF du 09/07/2008.

Ouvrages

- LEBAS J., CHAUVIN P., 1998, *Précarité et santé*, Flammarion, 299 p.
- DE LA ROSA E., Décembre 1998, *Santé, précarité et exclusion*, PUF, Le Sociologue, 222 p.
- SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G. et PAWLIKOWSKA T., 2002, *Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes*, éditions ENSP, 112 p.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2005, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Inserm collection Questions en santé publique, 325 p.
- TRUGEON A., FONTAINE D., LEMERY B., 2006, *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*, éditions Paris Masson, 153 p.
- ROCHE F., 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, Direction Générale de l'Action Sociale, Conseil Supérieur du Travail Social, Editions ENSP, Rapports du CSTS, 116 p.
- DAMON J., Mars 2008, *L'exclusion*, PUF, Que sais-je ?, 126 p.

Rapports et guides

- CREDES, mai 2001, *L'évaluation des réseaux de soins, Enjeux et recommandations*, n°1343, 56 p.
Disponible sur Internet :
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1343.pdf>.
- IGAS, rapport public 2003, *Santé, pour une politique de prévention durable*, 399 p.

- Rapport de la Commission Famille, vulnérabilité, pauvreté présidée par Martin Hirsch, premier trimestre 2005, *Au possible nous sommes tenus*, résolution n°8, Ne pas cumuler les inégalités sociales et les inégalités de santé, p.68 à 72.
- OBSERVATOIRE DES INEGALITES, décembre 2005, *Soins : Médecins du Monde, le dernier recours, enquête Médecins du Monde sur l'évolution des types de populations reçues dans les centres de soins de Médecins du Monde*, 1 p.
Disponible sur Internet : <http://www.inegalites.fr/>
- COORDINATION MISSION FRANCE DE MEDECINS DU MONDE, rapport octobre 2006, *Je ne m'occupe pas de ces patients, Testing sur le refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*, 42 p.
Disponible sur Internet : http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/je_ne_m_occupe_pas_de_ces_patients.
- FNARS, décembre 2006, *Guide méthodologique pour l'accompagnement santé*, n°40, 66 p.
Disponible sur Internet : <http://www.fnars.org/upload/ressource/r1169559468.PDF>.
- OBSERVATOIRE DES INEGALITES, novembre 2007, *L'accès aux soins des plus pauvres*, enquête INSEE sur la santé et les soins médicaux, octobre 2002 à mars 2003, 3 p.
Disponible sur Internet : <http://www.inegalites.fr/>

Articles de périodiques

- GUIMONNEAU T., Décembre 1998, *L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation précaire*, Edition La Documentation Française, Revue trimestrielle du Ministère de l'emploi et de la solidarité, Echanges santé-social, n°92, p. 32 à 36.
- MOUCHARD A., Décembre 1998, *Garantir l'accès aux soins pour tous La mission de l'hôpital*, Edition La Documentation Française, Revue trimestrielle du Ministère de l'emploi et de la solidarité, Echanges santé-social, n°92, p. 37 à 39.
- COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., janvier 2003, *Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits*, CREDES, bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n° 63, 6 p.
- GRIGNON M., COUFFINHAL A., DOURGNON P., JUSOT F., NAUDIN F., juin 2004, *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*, IRDES, Rapport de recherche réalisé dans le cadre du Programme

Sciences biomédicales, santé et société CNRS- INSERM- MIRE- DREES, p.1 à 18.

Disponible sur Internet:

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/doc157bisMesureImpactDeterminoNmedicaux.pdf>.

- COUFFINHAL A, DOURGNON P, GEOFFARD P-Y., GRIGNON M., JUSOT F, LAVIS J., NAUDIN F., POLTON D., Février 2005, *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen*, IRDES, bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, 1^{ère} et 2^{ème} parties, n° 92 & 93, 14 p.
- ELBAUM M., Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, 3 avril 2007, *Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée*, Observatoire des inégalités, 3 p.
Disponible sur Internet : <http://www.inegalites.fr/>.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, Juin 2007, *La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités*, INSEE Première, n°1142, 4 p.
Disponible sur Internet : <http://www.insee.fr/fr/default.asp>.
- OBSERVATOIRE DES INEGALITES, 8 février 2008, *Un aveuglement face aux inégalités sociales de santé, entretien avec Didier Fassin*, directeur d'étude à l'EHESS, 3 p.
Disponible sur Internet : <http://www.inegalites.fr/>.
- PRIEUR C., 21 novembre 2008, « La psychiatrie française va de plus en plus mal », *Le Monde*, Edito et p. 8.

Mémoires E.H.E.S.P.

- PARIZOT I., 2007, *Recours aux soins et suivi médical des populations en situation de précarité sociale*, Mémoire MIP, EHESP, 39 p.

Conférences

- *Santé mentale et précarité. Soigner et prendre soin en contexte de précarité : une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires*, Actes de la journée interrégionale Bretagne et Pays de la Loire à l'I.R.T.S. de Bretagne (Rennes), 29 novembre 2007, p. 36 à 86.
Disponible sur Internet : www.irts-bretagne.fr/1209568836830/0/fiche___article/

Sites internet

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Statiss 2008 :
<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>
- DRASS PACA, diagnostics territoriaux : <http://paca.sante.gouv.fr/>
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE, REGION PACA :
<http://www.orspaca.org/>
- LEGIFRANCE : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- CENTRE DE RECHERCHE, D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE : www.irdes.fr/
- OBSERVATOIRE DES INEGALITES : <http://www.inegalites.fr/>
- INSTITUT REGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL DE BRETAGNE : www.irts-bretagne.fr/
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUE:
<http://www.insee.fr/>
- LE MONDE: <http://www.lemonde.fr/>

Liste des annexes

Annexe I : guide d'entretien avec Catherine Pawlak (CTTS) et Anne-Marie Gailhaguet (MISP) de la DDASS de Vaucluse.....	II
Annexe II : guide d'entretien aux responsables de structures accueillant ou ayant à répondre à des problématiques sanitaires auprès des personnes précaires (C.H.R.S., P.A.S.S., Associations comme l'A.V.A.P.T. ou Aides.....)	III
Annexe III : Tableau récapitulatif des neuf entretiens.....	IV
Annexe IV : Plaquette de présentation du GRSSSAA élaboré par le GRSSSAA et rédigé par Géraldine Meyer, conseillère technique URIOPSS Paca- Corse.....	VII
Annexe V : Modèle proposé aux membres du GRSSSAA par Mme Géraldine Meyer (conseillère technique de l'URIOPSS Corse- Paca) de Charte.....	XI
Annexe VI : Modèle proposé aux membres du GRSSSAA par Mme Géraldine Meyer (conseillère technique de l'URIOPSS Corse- Paca) de règlement intérieur.....	XII

Annexe I : guide d'entretien avec Catherine Pawlak (CTTS) & Anne-Marie Gailhaquet (MISP) de la DDASS de Vaucluse.

1) Quelles structures existe-t-il sur Avignon en matière de :

° Prévention ?

° Accès et continuité des soins ?

° Lutte contre la précarité ?

2) Quels acteurs me faudrait-il privilégier dans mes investigations ?

3) Quelles sont les principales pathologies que l'on retrouve chez les personnes précaires ?

4) Pourquoi pourrait-il se créer un réseau santé-social sur le territoire d'Avignon ? Y'a-t-il des besoins qui se font ressentir dans ce sens ? Si oui, lesquels ?

5) Comment se met en place un tel réseau: quelles actions ? Quels acteurs ?

Puisque constitue une des actions préconisée et à mettre en œuvre dans le schéma départemental de l'hébergement.

Annexe II : guide d'entretien aux responsables de structures accueillant ou ayant à répondre à des problématiques sanitaires auprès des personnes précaires (C.H.R.S., P.A.S.S., Associations comme l'A.V.A.P.T. ou Aides...)

Votre institution

Comment a-t-elle vu le jour?

Quel personnel avez-vous? Effectifs?

Comment se déroule le travail? Quelle organisation? Heures d'accueil des publics précaires?

Comment en êtes-vous venu à travailler dans cette structure?

De quel budget disposez-vous approximativement? De quelles ressources bénéficiez-vous?

La population accueillie ou rencontrée

Quel type de population s'adresse à vos services?

Part d'hommes, de femmes et d'enfants;

Nationalité, origine;

Adresse, localisation : hors ou sur le territoire d'Avignon?

Quels problèmes sanitaires sont le plus souvent rencontrés?

Pathologies/ maladies les plus fréquentes?

Qu'est-ce qui pose le plus problème: Accès? Prévention/ Education à la santé? Continuité des soins?

Quels problèmes sont le plus souvent rencontrés par vos services en lien avec le thème santé-social?

Personnel pas assez nombreux?

Réseau pas assez connu?

Manque de connaissance de votre activité auprès de partenaires extérieurs potentiels?

Quelles améliorations y verriez-vous, qu'elles soient possibles ou non?

Connaissez-vous les acteurs qui travaillent sur le thème santé-social?

Quelles pistes de réflexion apporteriez-vous s'il fallait améliorer la prise en charge sanitaire des personnes précaires?

Quel regard portez-vous sur le rôle des associations? des C.T.? de l'Etat? sur la problématique santé-social?

Que penseriez-vous de la mise en place d'un réseau santé-social sur le territoire d'Avignon?

Que suggèreriez-vous pour la construction d'un réseau santé-social?

Composition?

Missions?

Evaluation?

Quels acteurs?

Tableau de synthèse des entretiens

Institution/ interlocuteur/ fonction	Activité de l'institution	Le visage de la précarité	santé & précarité	Origine du réseau santé social du grand Avignon	Réussites?	Echecs?	Evolutions?	Autres remarques
DDASS 84 Catherine Pawlak CTTS	Pôle cohésion sociale, santé publique et prévention		les chrs rencontrent beaucoup de problèmes liés à la psychiatrie	Cloisonnement patent entre le sanitaire et le social, entre le psy et le somatique / Avec le Praps, la ddass a eu des moyens supplémentaires et a financé la fnars pour essayer de mettre en place un réseau santé social / Cependant, l'échelle départementale est apparue trop grande/ Places d'urgence et de stabilisation, tout le monde au même niveau et donc face aux mêmes problèmes/ 2007 : accompagnement du groupe toute l'année et ont réussi à produire quelque chose : lhss, maisons relai, équipe mobile.	Maisons relais : hébergement longue durée ; Financement ALT versé par la CAF pour payer le loyer / LHSS : L'Ancre est porteur du projet ; Serait des places pour un public malade et qui n'a pas d'hébergement ; maladies et bobologie. Besoin d'un certificat médical pour y aller. Financement Ondam.	Equipe mobile: CHM c/ Médiation de rue et quid de la circulaire de 2005 sur équipe mobile psy précarité?	On est pas encore dans un réseau car parlé entre eux de groupe. Pour cela, besoin d'élaborer une Charte, conventionnement. / Le but : la ddass aimerait la même chose sur le Nord Vaucluse, et qui serait facilité avec la récente fusion de Rheso, qui travaille déjà avec les secteurs du CHM / Interrogation sur une réelle « équipe mobile » au sens de la circulaire dnos du 23/11/2005.	
Secours catholique: accueil de jour/ Jean-Marc Gianotti/ Directeur	augmentation de son activité au rythme de +10% chaque année/ un médecin qui assure une permanence 2 demi-journées par semaine. Représente 700 consultations par an	évolution rapide de la précarité sur quatre ans / va de la grande précarité (rue, squat, rupture de drets, sans papiers) aux travailleurs et familles pauvres/ plus d'hommes que de femmes (95% contre 5%) mais en 2008, changement : les femmes sont déjà à 10-15%/ surtout des jeunes / essentiellement des français, algériens, marocains/	diabète, cardiaque, blessures à l'arme blanche, alcoolisme (pancréas, hépatite, ulcère), cancers/ L'alcool est un anesthésiant pour le corps et contre la confrontation avec la réalité. Problèmes aussi de drogues et de plus en plus de problèmes psy/ point santé qui travaille en collaboration avec la PASS/ les lits halte soins santé permettent à l'hôpital de dégager des places et à la personne à le rue qui ne peuvent aller dans les chrs à cause des soins trop importants/ réunions porcelaine	Les souffrances psy ou physiques qui se dégradent, travailler en commun pour un travail efficace	besoin de s'ouvrir et de ne pas "se cantonner sur son petit truc" Projets en cours : LHSS, Maisons relais, Equipe mobile. / coordination a alors permis à la rue d'être plus socialisée/ Ouverture et connaissance des autres	Un partenaire avec qui il y a des difficultés mais ça n'en constitue pas un frein au contraire ça permet de pousser plus loin la réflexion, d'être clair sur ce qu'on veut réellement	Un vrai réseau permettra de croiser les informations, travailler sur du déclaratif : formalisation sera alors incontournable car l'accueil de jour a une convention avec le CHM, Conservatoire d'arts dramatiques, SPIP... Une fois le réseau en place, il faudra l'entretenir, réajustements. Donc au final, besoin de formalisation	une spécificité avignonnaise : c'est une voie de passage, de croisement, qui en plus est confrontée aux politiques des autres villes voisines/ Le problème: les personnes arrivent tardivement à accéder aux soins, des maladies qui ne sont pas trop graves à l'origine présentent, au moment de leur prise en charge des stades déjà bien avancés, qui représentent alors un danger/ Les projets sont pour le moment en adéquation avec le terrain mais il est inévitable que les besoins évolueront (par exemple quid des familles étrangères et la nécessité de les héberger ?)
SAO/115 Mme Rondant	3 missions: accueil et orientation du public : gère 25 places d'urgence dans tous les chrs du département/ coordination territoriale (réunion Porcelaine)/ observatoire de la précarité	L'écart entre hommes et femmes tend à se resserrer/ Surtout des 25-45 ans (45%) mais observe phénomène de vieillissement et de rajeunissement/ 75% des français/ 76% viennent de la zone d'Avignon, 12% du Vaucluse et 12% hors département.	Observe surtout problèmes liés à la santé mentale	Avant, il n'y avait pas de lisibilité, d'orchestration /Au début, à surtout permis de mieux se connaître et on ne parlait pas tout de suite des problèmes de santé/ Le SAO a eu du mal à trouver sa place/ Rôle de M. Filist (Aharp) comme fédérateur et travail de M. Fauvel (ex dir Casa)	Volonté de travailler ensemble et être capable de proposer à la ddass des projets en commun, qui répondent à des besoins. Ils ne rédigent plus dans leur coin/ Permet la remontée des problèmes	Tout le monde ne vient pas forcément/ SAO a du mal à définir ce qu'on y fait / ex du service mi du ccas: problème de volonté et d'investissement selon les personnalités	Peur de la perte du tiers extérieur et que la dynamique retombe comme un soufflet / - Interrogation sur possible mobilisation en continue / - Interactions avec la réunion porcelaine : ne faire qu'une seule réunion qui intégrerait cette réunion porcelaine.	Mode d'entrée des nouveaux par cooptation du groupe/ Uriops, tiers extérieur est très important car régulation nécessaire surtout au début pour faire « pêter les verrous »/ L'Etat : place juste.

Institution/ interlocuteur/ fonction	Activité de l'institution	Le visage de la précarité	santé & précarité	Origine du réseau santé social du grand Avignon	Réussites?	Echecs?	Evolutions?	Autres remarques
L'Ancre/ M. Martinez	Des hommes de la rue, en grand errance avec des problèmes liés à la rue : instabilité, difficulté à vie collective, soins somatiques et psy, hygiène. 15 places de stabilisation.		A 90% addictologies	Avant, chacun était de son côté	La confiance/ La cohérence des actions menées/ L'échange des pratiques et des informations	Pas de points négatifs pour le moment, a pris son rythme de croisière	Plus il y aura de membres dans le GRSS, plus le fonctionnement deviendra difficile à finaliser des actions/ Aller jusqu'à un réseau départemental même si posera problème d'entente.	Quand l'Ulricos amènera alors interviendra besoin de formalisation! Ne voit pas l'intérêt de fusionner Porcelaine et GRSS car ne font pas la même chose car c'est un lieu de secret partagé, or le réseau ne l'est pas/ Intérêt certain d'avoir un membre neutre pour assurer la régulation : légitimité non remise en cause
CHRS Croix Rouge/Mme Ripoche	Elle exerce à mi temps au sein du chrs et travaille avec une médiatrice de santé employée à temps plein, dont le rôle est l'accompagnement des personnes aux rendez-vous auprès de structures sanitaires. L'infirmière est dans le soin : donne des médicaments sur ordonnance, fait le lien entre les personnes et les professionnels de santé (médecins, centres de cures...), et fait de la surveillance des soins. L'infirmière assure une permanence du mardi au vendredi de 15h à 21h ; Si d'autres centres d'hébergement lui signalent, elle peut s'occuper des soins des personnes extérieures au chrs croix rouge. Mais ça n'est pas arrivé souvent. Elle est très souvent sollicitée mais une grande partie de ses soins sont surtout consacrés à de l'accompagnement, de l'écoute	Grand errance, les personnes sorties de prisons, les gens mis à la porte et qui ne savent pas où aller. Il y a besoin de fortement les accompagner, d'être derrière eux. Naccueille que des hommes, de tous les âges	Accès aux droits : quand viennent la voir, ont déjà la cmu ou l'aide médicale d'état car fournit soins sur ordonnance. Parfois dur de trouver un médecin qui accepte de prendre un patient cmu car les personnes précaires vont très rarement se présenter aux rendez-vous pris. Exemple : hier un dentiste a refusé de prendre un de ses patients car en a marre d'avoir des rendez-vous où les personnes ne se présentent pas. C'est compliqué pour ces personnes de se rendre à un rendez-vous car notion du temps, des règles différentes des nôtres. Accès aux soins : les gens arrivent dans un état de santé délabré ; par exemple, une personne s'est déjà présentée avec une hépatite C qui traîne depuis longtemps, des problèmes dentaires et donc des problèmes cardiaques. Le travail de prévention, même si l'infirmière est consciente d'avoir à le faire est quasi impossible à faire car les personnes arrivent dans un état de santé trop avancé pour pouvoir faire de la prévention					Les pathologies les plus fréquentes Addictologies : alcool, drogues, tabac. Pour les drogues, concerne surtout le shit. Ont un jeune sous méthadone. Problème : de plus en plus de pathologies psychiatriques qu'elle ne sait pas comment gérer car est incomplète en la matière. Le chrs est en lien avec les omp de la ville, le chs de montfavet. Il est alors dur de proposer de l'insertion à ces personnes là, pas forcément de solution. Sinon, il y a surtout : hépatite C, ulcère, cirrhose, cancer, bref maladies qui découlent des addictions. Maladies bucco dentaires => problèmes cardiaques.
PASS du CH d'Avignon/ Mme Mulledo	Aujourd'hui se voit davantage comme un service d'accès aux soins, que comme un service d'accès aux droits, objectif de faire valoir les droits	Rencontrent des difficultés d'accès aux soins ; ils prétendent aux droits mais ne savent pas comment les faire valoir. Très mélangé : très grande précarité prégnante avec évolution vers beaucoup de population étrangère sans papiers (Pays de l'Est et Afrique).	Essentiellement dermatologique (poux, gale, ulcères variqueux...) car c'est ce qui saute aux yeux des AS : comme n'ont plus de médecins, pas de ststs dispo. Sinon problèmes de dénutrition, infections virales	Est dans le réseau depuis un an, pas depuis le début car a eu du mal à démarrer mais réflexion autour du réseau existe depuis le début. Correspond à un besoin réel : les elashs ont des nécessités des rencontres ; la précarité est prégnante dans le médical et on ne peut pas rester dans son coin ; la rencontre avec ces personnes précaires doit se faire hors des murs de l'hôpital.	Marche beaucoup mieux depuis un an car le projet LHSS a été très fédérateur. A permis à l'hôpital de sortir de ses murs. A créé des liens et a permis une meilleure articulation	Formaliser le réseau pour éviter un essoufflement du mouvement. Par exemple pas de numéro de téléphone du référent réseau ; elle appelle Mme Mandon ou M. Martinez. C'est peut-être pour ça qu'ils parlent de groupe et pas encore de réseau. Ils ne sont pas encore fédérés autour d'un réseau, mais pour cela il faut que chacun accepte de sortir de son institution.	Faudra un coordinateur de groupe et formalisme Manque un représentant des ophlm	Convention en cours avec Casa et le CH d'Avignon (projet de "maison médicale")
Casa/ Renaud Dramais	Personnes qui n'ont pas accès aux autres lieux (par rapport aux addictions, animaux) ; C'est une population très marginalisée pour qui l'insertion traditionnelle n'a pas marché. Bonne proportion de jeunes (18-30 ans).		Quand ils sont à la rue ils sont en résistance et une fois que les gens se posent alors on s'aperçoit de leurs problèmes. Il faut agir dans l'urgence car il faut ouvrir leurs droits et prendre rendez-vous médicaux. Les diagnostics sont alors terribles et irréversibles : il y a en général très peu de chances d'inverser la tendance à moins d'un arrêt total de tout comportement à risques. Souvent la maladie psy n'est pas diagnostiquée car pas acceptée. Il y a surtout un problème de saturation des médecins acceptant les patients CMU plutôt qu'un important nombre de médecins refusant ces patients.	C'est Pascal Fauvel qui a activement participé au montage de ce groupe, il a été un moteur actif. On parlera de réseau quand le groupe n'aura plus besoin d'être là. Espère que ce groupe arrive à sa propre vie, sera peut-être possible avec le départ de l'Ulricos.	Volonté commune encore plus loin : motivation et prêts à s'engager dans la durée (même si ils sont toujours dans la phase d'élaboration du réseau) / Dépassement des problématiques du social : multi professionnalité et panel de gens très différents les uns des autres ; il y a une adhésion aux problématiques soulevées.	Financièrement, le groupe n'est pas pris en compte : besoin au logistique mais aussi besoin de formation (dégager du temps et des moyens)	Arriver à associer la parole des gens pour être réactif et en prise directe avec la réalité. Vocation départementale d'un réseau : avoir cette dimension là à l'esprit (ex donné : croiser avec Médecins du Monde et serait un élargissement régional puisqu'ils agissent dans les Bouches du Rhône).	

Institution/ interlocuteur/ fonction	Activité de l'institution	Le visage de la précarité	santé & précarité	Origine du réseau santé social du grand Avignon	Réussites?	Echecs?	Evolutions?	Autres remarques
Aharp/ M. Filist	Grande précarité (profil loi de lutte contre les exclusions), orientée par le SAO; la structure ne choisit pas son public. Parle plutôt de grande difficulté : des jeunes mis à la porte, problèmes avec produits addictifs.	Beaucoup de jeunes : grande augmentation et là-dessus il y a eu évolution rapide/ Tendance de l'isolement de ces populations.	Addiction et psy : IDE du CHM vient 2 fois par semaine : c'est important car il fait le lien entre les usagers et le CMP ou l'hôpital. C'est une « super porte d'entrée » et ça apporte de la clarté dans les comportements. La partie psy/ somatique est très importante dans le CHRS : tendance des 18-25 ans avec difficulté d'avancer car ils veulent tout, tout de suite. Pas trop confronté aux addictions, produits toxiques/ Continuité : c'est 1 axe du projet individuel de la personne. Pour eux, elle est importante voire capitale : priorité peut ne pas être le travail mais le soin. Intégrée de la même manière que l'insertion par l'emploi ou le logement. Mais l'état de santé peut être la cause de rupture du contrat de séjour : les chambres sont toutes en étage mais l'établissement s'engage à trouver à la personne un autre lieu. Se pose question de la gestion des traitements.	Amène les structures à coopérer : seul, on ne sait pas faire, amener à se faire rencontrer les cultures du social et du sanitaire : comment on associe ces deux cultures pour être complémentaire dans la prise en charge des personnes précaires ? Commencer par les dirigeants des structures puis l'ouvrir aux non cadres. L'intérêt est que la DDASS les a accompagnés : dérapage du départ (avec niveau départemental) a permis réflexion sur ce qu'est un réseau. Avant, il n'y avait rien, pas de réunion qui pouvait fédérer les acteurs. L'intérêt du réseau : que chacun amène son petit plus pour réellement répondre aux besoins des usagers. Ca a un réel intérêt car il en ressort des projets (EMSP, LHSS, MR) alors qu'avant c'était le néant. Avant, c'était la période « chiens de falence, méfiance ». Les projets sont légitimés par le fait qu'ils répondent à un besoin du territoire. Objectiver les besoins, légitimer le porteur, sinon on aurait des projets à droite et à gauche	Se baser sur des besoins réels et pas du ressentir ; Professionnaliser la méthodologie pour avoir une vision du territoire et pas de la structure ; Echanges de cultures mais il faut alors jouer le jeu : si on est porteur, qu'est-ce que ça va nous rapporter ? Apporter du savoir et de la spécialisation dans les structures.	Peur de perdre son service, sa part de marché ;	Aller vers un travail inter-réseaux, un travail entre les territoires. A terme, plus besoin de l'Uriopss, doivent être les pros qui font fonctionner le réseau. Comment restera-t-il vivant ? Peut-être une charte d'engagement et Cathy pour faire avancer la réflexion sur la politique départementale de santé à articuler avec les réseaux. Basculer de celui qui aide à monter à celui qui est garant de la politique départementale de santé (donc, la DDASS). Parle de groupe et non de réseau : besoin d'un groupe pour tout ce qui est méthodologie ; Passer d'un groupe réseau à un véritable réseau quand il sera temps de travailler autour de la politique départementale de santé : dans le département de Vaucluse, quelle importance est donnée à la santé ? Avoir les grandes lignes de la politique. Le réseau ne doit pas être une réflexion de fabrique de projets : doit répondre à des besoins suite à une politique départementale. Le SAH fixe les grandes lignes qui seront financées par le CROSMS.	Idee d'une évolution vers une politique départementale de santé intégrant les réseaux, les hôpitaux, les pass, pour répondre de la meilleure façon possible aux besoins des précaires.
Uriopss/ Géraldine Meyer	Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (à but non lucratif : association, congrégations...) Deux actions : Soutien technique aux associations du champ sanitaire, social et médico-social : pas d'associations d'usagers. Soutien comptable, juridique, de gestion par rapport à toutes les contraintes et réglementation sur les associations. Un rôle politique : représentation du secteur sanitaire et social au niveau local (22 Uriopss dans la France) et national : fait remonter les besoins au niveau des instances et ministères.			Elle a été sollicitée par Casa (M. Fauvel) qui déplorait l'absence de réflexion sur Avignon sur la santé et la précarité : Uriopss choisi car plus neutre que la Fnars (est interfédéral et non fédéral, mais agit aussi bien dans le domaine sanitaire que social). Il y avait difficultés pour les autres de travailler ensemble : le groupe se voyait mais jamais ensemble et au travers de différentes réunions. Mme Meyer a été convoquée pour la première fois à une réunion du GRSS en février 2007 pour voir leurs problématiques, connaître leurs attentes... Elle a fait du relationnel entre les membres du groupe, a joué le rôle de Candide qui a permis aux membres d'expliquer, de clarifier et d'arriver à des solutions communes. A la deuxième rencontre avec le groupe, il est décidé un accompagnement par l'Uriopss. Ensuite, ont travaillé sur qu'est-ce que c'est que ce groupe ? S'identifier, savoir pourquoi les membres étaient là et permettre ainsi aux associations extérieures d'intégrer le groupe : constitution d'une plaquette qui a été un acte fondateur du GRSS.	Capacité des uns et des autres à réfléchir ensemble par rapport aux besoins des personnes en difficulté sur le territoire concerné, et par rapport à la connaissance de chacun sur qui fait quoi ; Dynamique du groupe : formation d'un noyau dur pour ensuite accepter d'autres membres ; Confiance même si les échanges peuvent être un petit peu verts : pas d'hypocrisie ; Capacité à accepter qu'un tel soit porteur du projet, opportunité du portage ; Mobilisation importante car peu d'absentisme ; Tout ce qui est décidé au niveau du groupe est suivi d'effets : « n'est pas qu'un lieu où on cause ».	Il y a toujours des améliorations possibles : travailler davantage ensemble, rencontrer moins de souci dans les relations entre les personnes ; mais par rapport à l'état des lieux du début, progrès énormes. Ne voit que le côté positif car a en tête la situation du départ.	Plus tard, il n'y aura plus l'Uriopss : le rela devra être pris par un membre du groupe. Il n'y aura pas de réseau au sens réseau de santé : Sera un réseau de forme particulière avec un règlement de fonctionnement et une Charte pour que ce soit les structures qui s'engagent et non les personnes. Il y aura plus un très fort partenariat avec un cadre écrit relativement simple. Pas forcément besoin de formaliser beaucoup car importance de la reconnaissance extérieure qui est celle de la DDASS. Il n'y a pas de place dans le groupe pour la DDASS car il est important que ça reste un groupe associatif, mais elle reconnaît la « présence invisible » de la DDASS : les membres ont des entretiens avec la DDASS et l'Uriopss aussi. La DDASS est un partenaire privilégié et ne doit pas s'intégrer au groupe afin qu'il puisse garder sa liberté de propositions.	C'est un exemple de groupe de travail pour tout le département : original comme forme par rapport à ce qu'il se fait dans la région PACA. Ex : dans le 04-05, départements petits et tout le monde se connaît déjà. Sur Avignon, qualité des acteurs par rapport aux autres en termes d'implication. Pour l'Uriopss ce sont des exemples d'initiatives mises en place pour articuler le sanitaire et le social ; parallèle avec les ARS où on évacue le social ! Le GRSS est un groupe pilote où on peut réduire de l'articulation entre le sanitaire et le social. Par rapport au projet Nord Vaucluse : autre contexte et si ça marche pourquoi pas des rencontres entre le Nord Vaucluse et Avignon et qu'à terme, les liens soient facilités. Différence de logique essentiellement due à une différence territoriale. De plus, il existe déjà sur le Nord Vaucluse des réseaux de santé qui ont l'habitude de travailler auprès des structures ou des associations mais qui reposent sur des personnes et pas sur les structures.

Annexe IV : Plaquette de présentation du GRSSAA élaborée par le GRSSAA et rédigée par Géraldine Meyer, conseillère technique URIOPSS Paca- Corse.

**« Le groupe réseau santé social sans abri »
(Grand Avignon)**

Origine du projet

« Face aux évolutions du public que nous accueillons, de nombreux contacts se sont développés entre nos différentes structures, afin de partager : constats, analyses, expériences... De ces rencontres est née une volonté non seulement de mieux se connaître, mais aussi et surtout de trouver des modalités de coopération entre nos équipes afin d'améliorer le service rendu aux usagers. Il s'agit notamment, tout en préservant la liberté et le libre choix des usagers, de mettre en place des articulations tendant à garantir une continuité d'actions (accueil, soins et hébergement) pour des situations individuelles souvent complexes, marquées par des problématiques : de santé somatique, de santé mentale, de souffrances psychiques et psychiatriques, d'addictions, d'errance... qui appellent, pour une même personne, différentes réponses spécifiques qui ne se trouvent jamais regroupées en une seule et même structure. »

(Extrait fiche action AHI 84)

Définition

C'est un groupe pilote de l'ensemble des interactions entre les acteurs du réseau santé social à destination des sans abri.

C'est une instance d'observation des problèmes structurels, en amont ou en aval de l'accompagnement.

C'est un groupe de réflexion, un réseau informel, un lieu d'alerte.

C'est un regroupement des acteurs intervenant autour d'un public en grande précarité qui vit en appartement, en centre ou dans la rue.

Missions/objectifs

C'est un groupe dont l'objectif « constituant » est de formaliser un réseau autour des sans abri dans le cadre d'un accompagnement santé social en vue de :

- faciliter et clarifier le parcours des usagers au sein du dispositif, en leur évitant des ruptures et en garantissant un accompagnement continu ;
- améliorer le recours et l'accès des personnes hébergées et accueillies aux dispositifs de soins et de santé, particulièrement ceux de droit commun.

Autre objectif principal : identifier l'existant et les solutions développées sur le territoire pour optimiser les réponses apportées aux usagers, éviter les « doublons », et permettre l'émergence de nouvelles solutions.

Il peut être saisi par l'extérieur sur des problématiques particulières.

Il peut saisir, interpellier l'instance ad hoc et alerter l'extérieur.

Actions

La formalisation d'un existant en terme d'accompagnement des personnes les plus démunies ;

La recherche d'une poursuite, voire d'une plus grande efficacité, de cet existant ;

La formalisation écrite (calendrier) de l'ensemble des rencontres formelles ou informelles en lien avec l'articulation des actions, et l'organisation de la diffusion à l'ensemble des acteurs potentiellement intéressés par ces rencontres.

La communication sur les actions développées, pour les rendre plus visibles et accessibles.

L'organisation de rencontres des équipes de terrain des structures impliquées dans ce partenariat, et maintenir les réunions des responsables de ces différents services.

Le repérage de « pilotes » pour la coordination des actions et informations du social et du sanitaire par l'ensemble des acteurs de terrain susceptibles d'être sollicités sur les problématiques santé/ social des plus démunis.

La coordination entre les associations et les pouvoirs publics sur diverses questions (notamment dans le cadre de l'analyse de l'évolution des besoins et de l'identification de solutions): création de nouvelles structures, mise en place d'une information le plus possible en amont des modifications envisagées, etc.

La formalisation des liens entre structures par conventions en bilatéral ou plus, pour organiser les accompagnements en articulation entre les services concernés, et organiser la diffusion de cette information auprès des autres membres du groupe.

L'engagement d'une réflexion sur le développement d'une offre de réponses toujours plus diversifiée et adaptée aux besoins des personnes rencontrées.

L'identification des solutions manquantes et des propositions de nouveaux services.

Participants

CHRS AHARP, CHRS AVEAT, CHRS Croix Rouge Française, SAO/115, l'offre de soins du CHS, Villa Médicis/Médiation de Rue, le service solidarité du CCAS, l'accueil de jour du Secours Catholique, CHRS Passerelle, le centre de stabilisation l'Ancre.

Forme

Réunion une fois par mois(en principe, le jeudi matin).

Contenu des réunions : des temps d'information sur certaines avancées; de rassemblement et mise en commun de données sollicitées lors d'une précédente rencontre, et du lancement sous la responsabilité d'un, deux ou trois d'entre nous d'une réflexion/étude/recherche sur tel ou tel point santé/social sans abri.

Principe : un encadrement extérieur par l'Uriopss sur les bases suivantes :

- conduite, ordre du jour, synthèse des réunions,
- une participation à certaines réunions en tant que soutien technique et "modérateur".
- un apport au regard d'autres expériences menées en région et des transferts qui pourraient être faits.
- une mise en relation avec les pouvoirs publics pour porter les réflexions du groupe, en tant que médiateur.

Annexe V : Modèle proposé aux membres du GRSSAA par Mme Géraldine Meyer (conseillère technique de l'URIOPSS Corse- Paca) de Charte.

Préambule

« Face aux évolutions du public que nous accueillons, de nombreux contacts se sont développés entre nos différentes structures, afin de partager : constats, analyses, expériences... De ces rencontres est née une volonté non seulement de mieux se connaître, mais aussi et surtout de trouver des modalités de coopération entre nos équipes afin d'améliorer le service rendu aux usagers. Il s'agit notamment, tout en préservant la liberté et le libre choix des usagers, de mettre en place des articulations tendant à garantir une continuité d'actions (accueil, soins et hébergement) pour des situations individuelles souvent complexes, marquées par des problématiques : de santé somatique, de santé mentale, de souffrances psychiques et psychiatriques, d'addictions, d'errance... qui appellent, pour une même personne, différentes réponses spécifiques qui ne se trouvent jamais regroupées en une seule et même structure. » (Extrait fiche action SAHI Vaucluse- 2007)

Le groupe réseau santé social des sans abris (Grand Avignon) trouve son fondement dans les constats établis ci-dessus.

Les valeurs

Primauté de la personne : respect de la dignité et de l'intégrité de la personne.

Action collective et mutualisation comme moteur du développement de la solidarité.

Missions/Objectifs

Unir les structures intervenant dans le champ social et/ou sanitaire auprès des personnes en grande précarité, pour offrir un accompagnement prenant en compte la globalité de la personne.

Contribuer à l'observation des besoins sociaux pour anticiper l'évolution nécessaire des accompagnements proposés, à partir des réalités des personnes accueillies.

Etre force de proposition.

Construire des réponses innovatrices.

Etablir des relations de partenariat avec les différents acteurs locaux.

Mettre en place des logiques de réseau, pour éviter les mises en concurrence entre acteurs, dans un contexte où se développent les appels à projet.

Elaborer des réponses collectives, travailler de concert.

Engagement des membres

Les membres du groupe s'engagent, en signant cette charte :

- A se faire représenter par une personne ayant mandat pour engager le structure,
- A respecter les grands principes énoncés ci-dessus,
- A participer aux réunions du groupe,
- A travailler dans un esprit de coopération, de collaboration,
- A faire connaître l'existence de ce groupe à toute personne ou structure extérieure qui pourrait y avoir un intérêt au bénéfice des personnes en grande précarité,
- A faire suivre d'effet les décisions prises au sein du groupe.

**Annexe VI : Modèle proposé aux membres du GRSSAA par Mme Géraldine Meyer
(conseillère technique de l'URIOPSS Corse- Paca) de règlement intérieur.**

Préambule

Ce règlement intérieur explicite l'organisation et le fonctionnement du Groupe Réseau Santé Social Sans Abri Avignon (GRSSAA).

Il fixe les modalités selon lesquelles les objectifs de la charte interne au groupe sont mis en œuvre.

Ce texte est issu d'une réflexion et d'une participation de l'ensemble des membres du groupe à la date de validation finale de ce texte.

Article 1

Le groupe est composé de représentants de structures œuvrant dans le champ social et/ou sanitaire dont l'un des objectifs est l'accompagnement des sans-abris sur le territoire d'Avignon.

Chaque représentant membre du groupe doit avoir la capacité à engager sa structure par les décisions qui seront prises au sein du groupe.

Soit le représentant, de par ses fonctions, a la délégation de pouvoir correspondante, soit il a reçu mandat pour le faire.

(Fixer un nombre minimum de membres, fixer une composition minimale, un nombre de membre présents minimum pour que la réunion ait lieu ?)

Article 2

L'entrée d'un nouveau membre dans le groupe :

- Sur proposition d'un membre du groupe,
- Sur sollicitation par la structure elle-même.
- Validation de l'entrée dans le groupe par... *(déterminer les modalités de vote)*

Article 3

La participation de personnes ou structures extérieures au groupe : le statut « invité » :
Après proposition d'un membre ou après sollicitation par la structure elle-même :
l'ensemble du groupe devra donner son accord pour que cette structure puisse participer.

(Modalités de vote, le cas échéant)

Article 4

L'organisation des réunions : un animateur est chargé :

- De la rédaction de l'ordre du jour, du compte-rendu,
- De la rédaction de trame de projet de texte à soumettre aux membres,
- De prise de contact avec les pouvoirs publics, ou avec les éventuels nouveaux membres,
- De la communication des documents vers les membres du groupe et les interlocuteurs extérieurs,
- ...

Les modalités d'animation sont décidées et arrêtées par les membres du groupe.

Article 5

Le Groupe se réunit selon un calendrier arrêté en réunion, sur le principe d'une rencontre mensuelle, et sur ordre du jour proposé par les membres du groupe.

Article 6

Les modalités de la représentation du groupe par un membre du groupe, pour des réunions ou rendez-vous extérieurs.

Un mandat peut être donné à un ou plusieurs membres du groupe pour le représenter dans une instance extérieure.

(Pour donner mandat à un ou plusieurs membres : la procédure)

Article 7

Toute décision impliquant l'engagement du groupe, conformément aux orientations fixées dans la charte doit être validée par le groupe, selon les modalités suivantes :

(Principe : unanimité ? Majorité, partie des présents, ou du nombre de membres engagés ?)

Article 8

L'exclusion d'un membre du groupe peut être décidée, en cas de manquement aux principes fixés par la charte.

Un membre ne devra pas mener en parallèle du groupe des actions qui viseraient à compromettre des décisions et actions menées par le groupe.

Article 9

A la demande d'un des membres, en cas de nécessité de vote, il pourra être procédé à un vote à bulletin secret.

Article 10

Ce règlement intérieur pourra faire l'objet de modification, à tout moment, sur simple demande d'un membre. Un point de l'ordre du jour de la réunion qui suivra cette demande y sera consacré.

Sa validation doit être faite à l'unanimité des membres.