

## Contribution interassociative au Ségur de la Santé

### Propos liminaire :

La crise actuelle permet de rappeler avec force la situation des publics précaires présentant des problématiques de santé physique ou mentale. Les difficultés exacerbées durant cette période ont ainsi permis d'éprouver des solutions et des pratiques sur lesquelles les professionnels de nos secteurs travaillent depuis de nombreuses années et dont nous soutenons l'efficacité et la pertinence. La coopération entre professionnels, la gestion des consommations et la réduction des risques, sont en effet autant de pratiques qui fonctionnent, et pour lesquelles nous proposons des apports théoriques, des outils et des espaces de rencontres entre acteurs. Les professionnels ont su s'adapter et se soutenir pour accompagner les personnes en situation de précarité et en situation de dépendance pendant cette crise sanitaire et sociale, et faire évoluer leurs réponses.

La concertation en cours lancée par le gouvernement et baptisée Ségur de la Santé doit donc inclure, dans ses travaux, **l'ensemble des champs du soin concerné par ces problématiques.**

Il visera à mieux organiser l'offre de santé et d'en garantir l'égalité d'accès en privilégiant une logique territoriale, comme un soutien à la structuration d'une offre de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles. Il nous paraît à cette occasion essentiel de pérenniser et de renforcer les avancées notamment institutionnelles qu'aura permis cette crise, dans une perspective d'universalisme proportionné garantissant l'équité entre les personnes accompagnées au sein du système de santé.

C'est dans ce sens que la Fédération Addiction, la Fédération des Acteurs de la Solidarité et la Fédération Santé Habitat soumettent leur contribution commune à ces travaux.

# Pilier I : Revaloriser ceux qui soignent et transformer les métiers

- Revaloriser les salaires du secteur Personnes à Difficultés Spécifiques et l'attractivité des métiers

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des Publics à Difficultés Spécifiques (PDS) tels que les CSAPA, les CAARUD, les ACT, les LAM, et les LHSS, ainsi que les structures d'accueil d'hébergement et d'insertion sont dotés d'équipes pluridisciplinaires. Parmi ces professions, certaines demeurent peu attractives. Pourtant, leur action a une pertinence reconnue et une incidence forte sur l'amélioration de la santé globale (notamment sur les conditions socio-économiques d'existence) et sur la baisse des recours au soins complexes et en urgence, dans une dynamique de prévention et de promotion de la santé, de réduction des risques et des dommages, avant la dégradation de l'état de santé des personnes.

Une revalorisation salariale à parité avec les personnels hospitaliers (à qualification et ancienneté équivalentes) est indispensable pour favoriser le recrutement actuellement difficile de ces métiers, et pour reconnaître leur place de soignant<sup>1</sup> de premier plan.

Il sera également nécessaire d'intégrer des infirmiers de pratique avancée dans les dispositifs médico-sociaux pour aider à aller-vers dans des contextes de carence de l'offre médicale, et favoriser l'accès aux traitements et aux produits de santé.

- Organiser un plan de formation croisée intersectorielle

La crise liée à l'épidémie du SARS-COV2 l'a encore démontré, le croisement des expertises et des disciplines favorisent la capacité des acteurs à agir au plus près de la réalité des besoins des citoyens. Il est donc nécessaire de favoriser ces plans de formation croisée et d'intégrer dans les formations initiales et continues des professionnels de santé des modules spécifiques relatifs à l'accompagnement des personnes en situation de précarité, aux inégalités sociales et territoriales de santé, à la réduction des risques et des dommages. Le réseau partenarial des services sociaux hospitaliers et des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux doivent servir d'appui à la généralisation de ces croisements de compétences.

- Intégrer la compétence pairaidance dans la formation et reconnaître les métiers et compétences issus des savoirs expérientiels

Les difficultés d'accès aux soins et le non recours ne sont pas uniquement liés aux problématiques (réelles néanmoins) géographiques ou de dotation, mais également à un manque de connaissances ou d'identification du besoin d'aide.

---

<sup>1</sup> Nous entendons par soignant toute personne participant à l'accompagnement et à l'amélioration de la santé globale des personnes

Ainsi, les métiers de la médiation en santé, la médiation interculturelle, le travail pair, jouent un rôle certains de facilitation des parcours de santé des personnes en situation de précarité à l'hôpital et hors de l'hôpital.

Les fonctions de pairs aidants se sont développées ces dernières années. Il existe un consensus autour du bénéfice d'un accompagnement par les pairs pour les personnes rencontrant des difficultés médico-psycho sociales. Faire profiter de son expérience vécue et la mettre à profit d'une personne rencontrant des difficultés de santé et sociales renforce sa confiance en ses capacités. Le transfert d'expérience entre les personnes, dont l'une est en recherche de son autonomie, doit être impulsé et organisé tout au long de l'accompagnement et jusqu'après la sortie de l'établissement.

Pour autant, le développement de la fonction de médiateur santé pair se heurte encore à quelques obstacles administratifs et juridiques (formation peu nombreuses et parfois non financées, rémunération non clarifiée, absence de titre RNCP et d'accord de branche, problématique liée à la délivrance d'autorisation de travail pour les titres de séjours « étranger malade », qu'il s'agit de lever.

Il est donc nécessaire de mieux identifier et de valoriser ces métiers qui favorisent l'accès et l'adhésion à un parcours de soin, mais demeurent encore peu développés et peu reconnus.

- Diffuser et renforcer les bonnes pratiques issues du terrain pour faciliter la mise en œuvre et la pérennisation, dans chaque région, de dispositifs sanitaires pluridisciplinaires

Le confinement a poussé les professionnels à renforcer la dynamique d'aller-vers les personnes tout en adoptant des précautions d'hygiène fortes. Ces schémas d'intervention doivent être stabilisés et solidifiés, pour qu'ils perdurent durant la période de transition qui suivra le confinement. Il sera donc nécessaire de capitaliser sur les pratiques développées par les acteurs de terrains<sup>2</sup> et d'en soutenir leur diffusion.

Cet aller-vers nécessite également de développer les actions de médiation en santé, de travail pair, ainsi que les structures de santé communautaire pour les publics dans l'hébergement et le logement accompagné. En effet, ces actions préexistantes qui se sont largement déployées durant cette crise ont fait la preuve de leur efficacité en termes d'accès aux soins et de mieux-être des personnes, garantissant par voie de conséquence une amélioration de l'adoption des mesures barrières, une baisse du risque de contagion et donc une amélioration de la santé de tous.

---

<sup>2</sup> [https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/04/Note\\_appui\\_MARAUDES\\_Def.pdf](https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/04/Note_appui_MARAUDES_Def.pdf)

## Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

- Amplifier l'offre hébergement thérapeutique des personnes à difficultés spécifiques

La mobilisation des services de l'Etat, aux côtés des associations a permis durant la crise l'ouverture de 9000 places d'hébergement majoritairement à l'hôtel, dont près de 3000 places de Centre d'hébergement Spécialisé COVID 19 pour les personnes vulnérables et précaires, auxquelles s'ajoutent le maintien de 14 000 places du plan hivernal. Parmi les personnes hébergées et mises à l'abri, certaines présentent des problématiques de santé, d'addictions et/ou de santé mentale par exemple.

La pression de la demande sur les établissements médico-sociaux est conséquente et en augmentation permanente. La réduction de la carence de l'offre constitue notre première priorité, afin que chaque personne présentant des problématiques de santé et sans logement puisse bénéficier d'un accompagnement et des soins nécessaires.

Dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes atteintes de problématiques de santé et du nombre de personnes en situation de précarité et/ou mal logées (4 millions de personnes mal logées, 143000 personnes SDF ou en hébergement,), l'importance de développer ces dispositifs d'accompagnement relève de l'urgence sanitaire. Ces établissements ont une utilité médicale, sociale et économique et s'inscrivent dans une perspective de retour aux droits et aux ressources pour les personnes, tout en favorisant leur retour dans des dispositifs de droit commun.

Il nous paraît donc essentiel d'aller au-delà de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans la création de places d'hébergement médicalisé et de soins résidentiels, y compris spécifiques pour des situations particulières. Ceci afin de pouvoir couvrir les besoins identifiés et pouvoir répondre aux demandes d'admission des dispositifs d'aval du secteur social et sanitaire dans une logique de continuité des parcours de vie et de soins.

- Développer les dispositifs et actions d' "aller vers" en finançant et consolidant les équipes mobiles : Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) Mobiles, ACT Dom, équipes mobiles en addictologie et équipes de liaison et de soins en addictologie et EMPP (Equipe mobile psychiatrie précarité).

Il s'agit de services médico-sociaux d'intervention à domicile, à la rue, en centres établissements sociaux, les établissements du Dispositif National d'Accueil, les squats, les bidonvilles, les campings... qui déploient leurs équipes pluridisciplinaires rapidement et directement dans le lieu où se trouve la personne. Ces démarches d' « aller-vers » permettent de répondre aux besoins des personnes malades et/ou en situation d'addiction là où elles sont. Ces dispositifs permettent également un accompagnement en amont et en aval de

l'hôpital en soutenant les acteurs sanitaires et sociaux qui pourront s'appuyer plus largement sur ces dispositifs mobiles.

Pour ce faire, il est nécessaire de les sécuriser, de les développer et de les renforcer dans leurs missions et dans leurs financements. Ces équipes doivent pouvoir intervenir sans conditions afin de mener leurs actions de manière optimale pour les personnes les plus éloignées du système de santé

Le maillage de ces dispositifs sur le territoire doit être consolidé et mieux identifié, et ils doivent pouvoir s'articuler avec l'ensemble des acteurs concernés, y compris spécialisés, afin d'assurer un accès aux soins adapté à chaque situation et à chaque territoire.

L'accès aux soins sur l'ensemble des territoires pour tous est un enjeu crucial, qui doit être pris en compte dans une analyse de santé globale, incluant les risques sanitaires et sociaux. Ainsi, les démarches d'aller-vers doivent être renforcées à partir des dispositifs existant (PASS Mobile, ACT mobile, équipes mobiles de CAARUD et de CSAPA, équipes mobiles Santé précarité...) en élargissant tant les publics concernés que les territoires d'intervention, ainsi qu'en matière de dispositifs techniques de prévention (des expulsions locatives par exemple) et de dépistage (TROD, PCR, etc.) et de traitement (accès à la Naloxone...).

- Valoriser les bonnes pratiques et les hébergements adaptés.

Durant la crise, 30 000 places d'hébergement ont été créées pour les personnes à la rue. Cette solution temporaire répond en réalité à des besoins structurels indépendants des circonstances actuelles. Nous encourageons donc :

- la transformation et/ou la réorientation des places des Centres d'Hébergement Spécialisés (CHS) COVID-19 en dispositifs d'hébergement pérennes adaptés aux besoins prioritaires suivant les territoires
- adapter les moyens pour le déploiement de ces structures d'hébergement
- associer l'ensemble des acteurs en présence à la pérennisation de ces places pour les adapter, au long cours, aux enjeux du territoire et aux besoins en santé.

Pour faire cela, il sera nécessaire de prévoir une programmation pluriannuelle ajustée au maintien de cette offre d'hébergement dans le temps, intégrant ce qui a été créé en urgence pour pérenniser les équipes ou les dispositifs lorsque le bâti est adapté.

Cette programmation pluriannuelle doit associer l'ensemble des acteurs, et notamment inclure les partenaires associatifs et les fédérations représentatives des secteurs concernés dans la construction des programmations PDS, via un dialogue structuré et transparent nationalement. Cela permettra d'ajuster les niveaux et priorité de dotation à la réalité des besoins lors de leur élaboration, et dans un objectif de suivi de la mise en œuvre et d'évaluation. Cela permettra également d'optimiser les financements publics et d'éviter le morcellement des voies de financements.

Enfin, les structures multi-gestionnaires qui gèrent des établissements et services de nature différentes rencontrent régulièrement des problématiques d'équité dans la répartition des primes entre salariés, ces primes étant attribuées différemment suivant les secteurs d'exercice (délai ou montant différents..). Il serait nécessaire d'intégrer ces cas particuliers dans l'organisation de l'attribution de ces dotations.

## Pilier n°3 : Simplification des organisations et du quotidien

Les personnes vulnérables présentant des comorbidités, des situations sociales complexes qui nécessitent une autre vision du parcours que la filière hospitalière doivent pouvoir bénéficier d'une offre construite de manière à multiplier les points d'entrée dans le soin en fonction des contextes de vie.

Cette diversité des possibilités d'accès suppose des partenariats forts et l'organisation d'une offre de soin intersectorielle : dispositifs intersectoriels, formations croisées, appuis sur les patients experts...

- Simplifier en développant les pratiques, l'accès aux outils numériques et la médiation numérique

La crise liée au SARS-COV2 a permis d'expérimenter la transition numérique dans les processus d'accompagnement. Accompagnée par les récentes évolutions législatives et réglementaires (lois de 2016 et 2019, RGPD européen), cette transition modifie en large part les pratiques liées aux données personnelles et supposent d'être accompagnée.

Outre la dotation financière qui doit permettre aux établissements sociaux et médico-sociaux comme à l'hôpital et aux acteurs de la ville de s'équiper en outils, et en connexion de bonne qualité, les priorités et le cadre de ces évolutions vont devoir être précisé en amont, sur la base de la feuille de route "ESMS numérique" inscrite dans le plan "ma santé 2022" qui doit être élargi au-delà des seuls EHPAD et dispositifs accueillant des personnes handicapées.

Ainsi nous sommes en faveur une programmation de dotation des établissements médico-sociaux accueillant des personnes avec des difficultés spécifiques et des personnes accompagnée. Celle-ci doit être construite sur la base d'un recensement des besoins au niveau territoriale dans une perspective plus globale d'inclusion numérique qui comprend l'accompagnement des personnes, et la formation des intervenants sociaux à l'appropriation des outils et à la médiation numérique pour accompagner aux usages. Enfin nous sommes également pour une simplification administrative consistant à aménager les conditions d'éligibilité et d'accès aux prestations et aux aides sociales avec les personnes accompagnées et les intervenants sociaux sur les interfaces des sites des administrations et organismes payeurs.

- Simplifier l'accompagnement des personnes allophones par le recours à l'interprétariat pour l'ensemble des professionnels de santé et les intervenants sociaux

La barrière de la langue est une difficulté majeure pour les professionnels et les bénévoles accompagnant les personnes allophones<sup>3</sup>, mais aussi directement pour celles-ci.

La crise sanitaire et sociale l'a également montré, l'accès aux soins via les téléconsultations est d'autant plus compliqué pour les personnes allophones du fait de la nécessité de solliciter des interprètes dans des conditions le plus souvent peu adaptées.

De façon plus générale et dans une optique de simplification du quotidien des professionnels et des parcours de soins, il est nécessaire de pouvoir développer et/ ou renforcer des offres d'interprétariat accessibles, aussi bien sur le plan financier que sur le plan pratique. Ainsi nous soutenons les initiatives territoriales soutenues par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour permettre aux professionnels d'accéder à des interprètes par téléphone ou en présentiel. Ces initiatives concourent à une meilleure relation entre les personnes accompagnées et les professionnels, ainsi qu'à une meilleure compréhension de leurs parcours de soins par les personnes et donc à une meilleure adhésion. Nous défendons ce principe pour les professionnels de santé dans leur ensemble (médicaux et paramédicaux) mais aussi pour les travailleurs sociaux de l'ensemble des secteurs.

Enfin nous soutenons également le recours à la médiation interculturelle qui concourent également à une meilleure compréhension des enjeux de santé des personnes allophones, et donc à une meilleure adhésion à leurs parcours de soins et ses chances de réussites.

- Simplifier et faciliter les parcours grâce à la participation des personnes en situation de précarité

Les personnes en situation de précarité sont les premières concernées par leurs parcours de vie et de soins et doivent donc être associées dans toutes les décisions qui les concernent.

Il est enfin pertinent de se questionner sur des paramètres anciens de l'organisation de la participation, en revisitant le rôle instances de représentation, de participation et d'expression des personnes accompagnées dans les établissements. Il apparaît en effet nécessaire d'adapter les modalités organisationnelles en donnant les moyens aux associations de rendre la participation pleinement effective. Une levée des contraintes administratives et/ou organisationnelles pour une participation directe dans les instances de gouvernance des politiques publiques territoriales est nécessaire pour permettre aux personnes accompagnées de devenir des auteurs et des acteurs à part entière de la vie et de la construction des établissements, des dispositifs et des réglementations qui les concernent au premier plan. Il

---

<sup>3</sup> Nous savons par ailleurs que la barrière de la langue est un facteur de discriminations et de refus de soins des personnes allophones en ville et à l'hôpital. Cf. Observatoire Santé Solidarité de la Fédération des Acteurs de la Solidarité : [https://www.federationsolidarite.org/images/Observatoire\\_Sante\\_Solidarite\\_Temoignages\\_Refus\\_de\\_Soin\\_2\\_019.pdf](https://www.federationsolidarite.org/images/Observatoire_Sante_Solidarite_Temoignages_Refus_de_Soin_2_019.pdf)

nous semble également nécessaire de le faire en lien avec les professionnels de ces établissements et de les outiller pour favoriser la participation des personnes accompagnées.

- Faciliter les parcours en garantissant les mesures de réduction des risques dans les structures.

Cette crise a mis en exergue la nécessité d'instaurer des messages clairs sur les enjeux et sur les principes à adopter au sein des structures d'hébergement, en collectif et individuel en termes de prévention, d'accompagnement et d'appui sur la question sensible des consommations de produits. Ainsi, l'adoption de principes clairs en matière de réduction de risques durant la crise a sécurisé les professionnels dans leurs pratiques et les structures dans les cadres collectifs à adopter, pour permettre d'organiser la gestion des consommations. Cette mise en œuvre de la réduction des risques est une condition indispensable de l'accompagnement des personnes, en tenant compte de la réalité de leurs besoins, situations et envies ; elle doit pouvoir être maintenue. En parallèle de l'inscription de l'autorisation des consommations dans les règlements de fonctionnement, il est important d'accentuer encore l'accès aux différents accompagnements nécessaires, afin d'aider ceux qui le souhaiteront à réduire ou à arrêter sans les y contraindre. Nous demandons donc :

- L'adoption définitive des recommandations claires concernant la réduction des risques visant notamment à ne pas interdire ou contraindre les consommations mais à les sécuriser, sur la base de celles diffusées durant la crise<sup>4</sup>
- La diffusion et la poursuite de la déclinaison opérationnelle de ces recommandations via leur intégration dans les règlements de fonctionnement des structures.
- Une communication accrue sur les ressources utiles en matière de soin et encourager les partenariats avec les structures spécialisées en addictologie afin de faciliter l'accès à un accompagnement et aux traitements de substitution (TSO).
- Le lancement d'un effort de renforcement des pratiques pour les professionnels agissant en hébergement, pour aller au bout de l'inclusion de la réduction des risques et sécuriser les équipes de manière stabilisée
- L'adoption définitive des modalités d'accès aux traitements nécessaires (notamment de substitution) telles qu'instaurées dans l'arrêté du 19 mars 2020<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>[https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/04/FICHE-RECOMMANDATIONS-ADDICTIONS-SANTE-MENTALE\\_Covid-19-080420201.pdf](https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/04/FICHE-RECOMMANDATIONS-ADDICTIONS-SANTE-MENTALE_Covid-19-080420201.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041737443&categorieLien=id>



## Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

- Fédérer pour construire les priorités de santé

La nouvelle construction des politiques territoriales en santé doit permettre une réelle prise en compte des espaces de démocratie sanitaire et instances de représentations des usagers des services en santé. Or celles-ci n'ont pas un fonctionnement homogène sur le territoire national, et leur statut limité d'instances consultatives n'engagent pas toujours un panel représentatif d'acteurs.

Il nous semble essentiel d'inscrire une réelle prise en compte des populations en situation de précarité et/ou présentant des problématiques de santé (dont les addictions) dans les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et dans les Projets Territoriaux de Santé (PTS), et articuler les Projets Régionaux de Santé (PRS) et les PRAPS dans un objectif de santé publique.

Il nous paraît également crucial d'inclure les représentants des établissements "PDS", les acteurs de l'hébergement et du logement, de la veille sociale et les représentants des usagers dans des instances de concertation en santé, notamment les CRSA, les Conseils Territoriaux de Santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et les Projets Territoriaux en Santé Mentale (PTSM) afin que les établissements et les personnes en situation de précarité puissent coconstruire la future organisation territoriale de santé et de santé mentale.

- Fédérer pour proposer des parcours d'accompagnement et de soins adaptés

Les acteurs médico-sociaux, sociaux, ceux du handicap, de l'avancée en âge, les bailleurs, les services de la justice...chaque acteur par sa spécificité peut intervenir sur tout ou partie de l'accompagnement d'une même personne. Parfois, lorsque les besoins d'accompagnement mobilisent trop de ressources différentes, la spécificité de chaque acteur nécessite une coordination de tous. Ce cloisonnement est d'autant plus visible pour le public mobilisant des services d'accompagnement et de soins différents. C'est particulièrement le cas pour les personnes malades et ou en situation d'addiction et nécessitant des soins et un hébergement.

Lorsque aucun établissement et service ne peut apporter une solution d'hébergement, d'accompagnement et de soins, il est essentiel que tous les acteurs ayant une compétence et expertise sur le parcours de la personne concernée puissent proposer un plan d'accompagnement crédible au regard de l'offre disponible. Cette nécessaire coordination des acteurs repose sur l'objectif d'apporter une réponse adaptée à toutes les personnes en difficulté sociale et financière et nécessitant un accompagnement médico-psycho-social. Cette articulation doit pouvoir s'appuyer sur les missions ressources de certains dispositifs.