

Recherche-Action : Medso93

SYNTHÈSE

**« ALLER-VERS
POUR RAMENER
VERS » :**
LES ÉQUIPES MOBILES
MÉDICO-SOCIALES
EN SEINE-SAINT-DENIS



Medso93 :

« ALLER-VERS POUR RAMENER VERS »

LES ÉQUIPES MOBILES MÉDICO-SOCIALES EN SEINE-SAINT-DENIS

SYNTHÈSE

Le projet Medso93 est porté par Interlogement93 et est lauréat de l'appel à projets de recherche 2022/2023 « Grande pauvreté - comment l'éviter, comment en sortir » émis par la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale, avec un co-financement de la Banque des Territoires. Le projet bénéficie également du soutien de la délégation départementale de Seine-Saint-Denis de l'ARS Île-de-France (ARS-DD93). Cette recherche-action porte sur les équipes mobiles intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en Seine-Saint-Denis (EMMS), mises en place dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité. En Seine-Saint-Denis, ces équipes se déclinent en :

- **3 équipes mobiles santé précarité (EMSP)**
- **1 équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP)**
- **2 équipes d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs**
- **1 équipe de lits halte soins santé (LHSS) mobile spécialisé périnatalité**

Ce travail vise à contribuer à l'évolution des connaissances et des pratiques, avec 2 objectifs principaux :

- documenter et analyser les trajectoires de vie et parcours de soins et d'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité ;
- réaliser un suivi-évaluation du dispositif en précisant les modalités opérationnelles et territoriales d'intervention de ce dernier, tout en situant les EMMS dans l'écosystème médico-social du territoire.

Méthodologie

L'étude repose sur une approche mixte combinant

Analyses quantitatives :

- un questionnaire du « cycle de suivi » adressé aux personnes accompagnées par les EMMS, ayant pour objectif de mesurer les effets de l'intervention d'une EMMS (69 répondants) ;
- un questionnaire auto-administré aux « prescripteurs-rices SIAO » visant à mesurer la connaissance et la satisfaction du dispositif (281 réponses).

Analyses qualitatives :

- 72 entretiens semi-directifs menés avec des personnes accompagnées, prescripteurs, partenaires et professionnels des EMMS ;
- immersions de terrain au sein des équipes mobiles et observation participante dans plusieurs réunions.

- La Seine-Saint-Denis est marquée par d'importantes inégalités sociales et de santé. Le territoire se caractérise par un fort taux de pauvreté et une présence importante de personnes sans logement. La répartition territoriale de ces dernières semble correspondre dans l'ensemble à la répartition de l'offre de soins et médico-sociale. Pourtant cela ne suffit pas à ce que toutes les personnes avec des difficultés de logement ou d'accès aux droits qui font face à des problématiques de santé soient correctement insérées dans un parcours de soins. C'est pourquoi **des dispositifs « d'aller-vers » ont été créés** (comme les EMPP¹, l'équipe mobile de PMI² ou les EMMS).
- Les EMMS constituent un ensemble **hétérogène et généraliste** (une caractéristique souhaitée par les financeurs) : différents types d'équipes mobiles existent (EMSP, ESSIP, ACT hors les murs, LHSS mobile) et sont coordonnées en Seine-Saint-Denis par une **régulation départementale**. Les principales missions de la régulation consistent à centraliser les demandes d'intervention des EMMS ; identifier les besoins et les attribuer à une équipe après réception d'un signalement ; communiquer aux partenaires les missions des EMMS ; et coordonner ces dernières.
- Chaque association porteuse d'EMMS présente des **spécificités en termes d'expérience** par rapport au soutien à la santé des plus précaires, certaines étant des « historiques » du médico-social et d'autres des « nouvelles » spécialisées initialement dans le champ de l'action social, déterminant ainsi parfois une **expertise vis-à-vis d'un type de public** ainsi que certains choix concernant la **composition de l'équipe** et de la zone géographique couverte.
- Malgré une réflexion concertée, la théorie s'est heurtée à des **difficultés pratiques** lors de sa mise en œuvre, que ce soit par rapport au **rythme du démarrage**, plus lent qu'attendu, à un **recrutement difficile**, aux **outils proposés** (les documents de la loi 2002-2 sont difficilement applicables, le logiciel Ariane Santé et le RASA³ sont à améliorer) ou encore à la **diversité des pratiques**.

¹ Équipes mobiles psychiatrie-précarité

² Protection maternelle et infantile

³ Rapport d'activité standardisé annualisé

- L'existence de la régulation, qui a pour vocation d'être l'interlocuteur unique des partenaires solliciteur·ice·s et de centraliser les demandes, facilite les échanges et la sollicitation du dispositif. 62 % des partenaires ayant déjà sollicité les EMMS sont « **tout à fait satisfait·e·s** » de la régulation⁴. Ce pourcentage s'élève à 89 % lorsque l'on englobe les « plutôt satisfait·e·s ».
- La sollicitation des EMMS est censée se faire via le formulaire de la régulation. La **moitié des partenaires ayant déjà sollicité les équipes est passée directement par l'une d'entre elle,, et l'autre moitié par le formulaire**⁵. Bien que de plus en plus d'acteurs s'emparent de ce dernier, des réticences demeurent en ce qui concerne le formulaire lui-même, mais aussi à propos de la « *désincarnation des partenariats* » (Membre de la direction, Interlogement93) et de la formalisation de contacts qui se déroulaient de façon plus informelle auparavant.
- L'exemple d'autres départements d'Île-de-France avec et sans régulation permettent de mettre en exergue le fait qu'il est tout à fait possible de s'organiser efficacement sans cette dernière, mais que sa présence est un **atout indéniable** pour gagner en fluidité, en interconnaissance et en clarté sur les besoins du territoire.
- La régulation assure également la **coordination entre les EMMS**. Cependant, cette dernière se situe surtout au niveau des encadrant·e·s des équipes : l'interconnaissance entre les professionnelles pourrait être améliorée. De plus, des pistes de coordinations plus larges se dessinent, tant sur le plan territorial (réunir les EMMS à l'échelle régionale ou nationale) qu'en termes de **dispositifs** (élargir la coordination aux autres dispositifs d'accès aux soins mobiles).
- **L'enjeu de la connaissance des EMMS** par les partenaires du territoire est central, notamment concernant le recours à ces dernières. Il apparait effectivement que **le non-recours au dispositif s'explique en grande partie par la méconnaissance ou l'incompréhension des missions des EMMS**. De plus, les deux autres facteurs de non-recours aux EMMS sont les suivants : **l'absence de besoin** de soutien liée à la mise en place d'un accompagnement global qui intègre la santé et l'anticipation d'une portée limitée des EMMS qui rencontrent les mêmes difficultés structurelles que les autres acteurs.

⁴ Source : questionnaire auto-administré aux « prescript·eurs·rices SIAO »

⁵ Source : questionnaire auto-administré aux « prescript·eurs·rices SIAO »

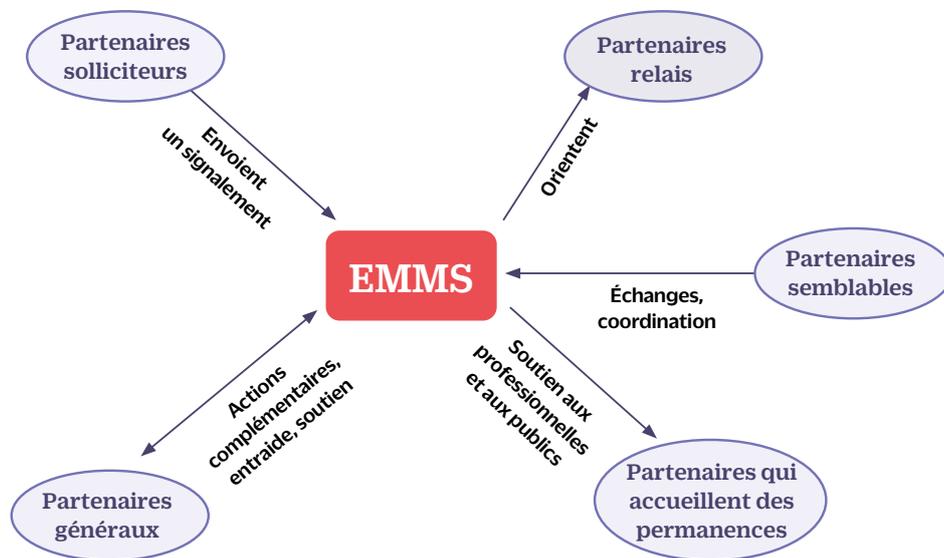


Schéma 1 : les EMMS et leurs partenaires.

- Le maillage doit se faire avec les différents partenaires à différentes échelles : au niveau individuel autour de l'accompagnement d'une personne comme au niveau départemental. Différentes catégories de partenaires se dégagent (*cf. Schéma 1*), mais aux frontières perméables : il existe de nombreux acteurs aux « doubles casquettes » qui interagissent sur plusieurs plans avec les EMMS. De plus, les partenariats interpersonnels apparaissent comme plus importants que les partenariats « inter-structures ».
- Étudier des EMMS donne à voir leur place d'intermédiaire et leurs différents partenariats, l'articulation particulière entre le médical et le social : les professionnel-le-s des deux secteurs gagneraient à être mieux formés aux problématiques de chacun et les institutions gagneraient plutôt à intensifier leur collaboration. Du fait de canaux privilégiés entre professionnel-le-s du même secteur, les partenariats des EMMS se trouvent parfois cloisonnés. Ces problématiques mettent en lumière la plus-value de l'accompagnement global et décloisonnant des EMMS.

- **Les conditions de survie des personnes sans logement favorisent largement l'apparition de problèmes de santé** somatiques ou psychologiques, ou **l'aggravation de problématiques préexistantes**. Cet effet négatif sur la santé apparaît comme une **conséquence directe** du lieu de vie (froid, insalubrité, traumatisme de l'errance, etc.), **ou une conséquence indirecte** de tout ce qui accompagne la vie en errance (emplois précaires dangereux, exposition à la violence, hypermobilité, anxiété, traumatismes liés au parcours migratoire, etc.).
- L'étude détaillée de **4 parcours de soins**, mis en perspective avec **la trajectoire résidentielle** et les événements socio-économiques marquants, permet d'illustrer la corrélation (ou non) entre ces éléments et les **effets stabilisateurs de l'intervention de l'EMMS** sur les différentes dimensions.
- Les principaux **facteurs du non-recours aux soins** des personnes accompagnées par les EMMS sont : **le blocage administratif**, le fait de **ne pas savoir comment faire**, **le blocage financier et la barrière de la langue**.
- Le recours aux soins et à différents types de structures se théorise via un « escalier du recours aux soins » qui irait de la situation de non-recours total au recours à des professionnel-le-s de santé du droit commun (**cf. Schéma 2**).



Schéma 2 : « L'escalier du non-recours aux soins »

- **La dimension spatiale** du recours aux soins est un facteur qui n'est pas négligeable et implique de longs déplacements à l'échelle régionale. L'intervention des EMMS a pour objectif d'augmenter le recours aux soins et de le rendre plus pertinent du point de vue des professionnel-le-s consulté-e-s et de l'emplacement géographique de ces dernier-e-s, afin de **recentrer et simplifier les pratiques spatiales de recours aux soins** en essayant de tendre vers une configuration semblable à celle de personnes relevant du droit commun : gagner du temps et simplifier les démarches permet de contribuer à sortir d'une dynamique de « survie » pour entrer dans une dynamique de « vie ».

- La comparaison entre les situations pré et post accompagnement par une EMMS fait état d'un **impact positif de leurs interventions dans la totalité des cas**⁶. Deux types d'effets sont observés : soit une réponse à un **besoin spécifique** conduisant à l'amélioration d'un point en particulier (la consultation d'un-e spécialiste, la mise à jour d'une AME), soit un accompagnement permettant des **améliorations multidimensionnelles** (gain en autonomie sur la prise de rendez-vous médical ou le suivi d'un traitement, disparition ou diminution du renoncement aux soins, ouverture de droits en santé, mise en place d'un suivi social, etc.).
- Les entretiens avec les professionnelles des EMMS et les personnes accompagnées mettent en évidence **la grande importance du lien créé** lors de l'accompagnement. Cela représente un apport important, mais peut également constituer une difficulté au moment de la fin de l'accompagnement.
- **89 % des partenaires ayant déjà eu recours aux EMMS se déclarent « plutôt satisfaits » ou « très satisfaits »** de l'intervention de cette dernière . De plus, 93 % des partenaires, incluant celles et ceux qui connaissent les EMMS, mais qui ne les ont pas forcément déjà sollicitées, pensent y avoir recours dans le futur. Les entretiens révèlent de plus une satisfaction importante concernant la **complémentarité entre les actions des EMMS et celles de leurs partenaires, en mettant notamment en avant la valeur ajoutée** apportée par ces équipes. Cependant, le fait qu'il y ait une multiplicité d'acteurs autour d'une même personne peut présenter des difficultés. Un travail sur l'harmonisation des pratiques des différentes EMMS permettrait de fluidifier la collaboration avec les partenaires sollicités.
- Les professionnelles des EMMS sont globalement satisfaites de la mise en œuvre de leurs actions malgré quelques points de frustration. Elles soulignent **l'autonomie et la souplesse** rencontrées dans le cadre du pilotage de leurs activités par **l'ARS-DD93**.
- L'importante plus-value de l'intervention des EMMS est liée à leur caractère **mobile, flexible et pluridisciplinaire** : il permet d' « aller-vers » les personnes accompagnées, mais également vers les partenaires auprès desquels un réel travail de **soutien** est réalisé et des **permanences** sont organisées.
- Cette plus-value entraîne néanmoins des contraintes opérationnelles. Les EMMS rencontrent des **difficultés liées à la mobilité et l'aller-vers** qui peuvent limiter leur action d'un point de vue qualitatif comme quantitatif, du fait des nombreux déplacements, du manque **d'équipement** et de matériel adapté et des **contraintes intrinsèques au lieu de vie** de la personne.

⁶ D'après les résultats du questionnaire du cycle de suivi.

- **La capacité à accompagner les personnes vers le droit commun semble alors territorialement construite** du fait du fonctionnement de sollicitation par signalement : ce sont les personnes les plus **visibles**, situées là où se trouvent déjà des structures médico-sociales qui ont le plus de chances d'être accompagnées par une EMMS. Par ailleurs, cette dynamique **auto-renforçante** n'est pas inefficace puisque les zones concernées sont souvent celles qui concentrent aussi les personnes susceptibles de recourir au dispositif, du fait de la concentration des lieux d'aide et de mise à l'abri dans ces mêmes espaces.
- Pour autant, une marge d'amélioration de la couverture des besoins de la part des EMMS se dessine sur le plan des **différents types de publics rencontrés** (personnes en logement adapté, en bidonville, mineurs isolés) comme sur le **plan géographique** avec l'identification de **communes non couvertes** (Romainville et Le Raincy entre autres).
- Le **contexte sanitaire et social global** qui entoure l'action des EMMS limite l'action et l'efficacité de ces dernières. Les équipes ne peuvent remplir correctement leur rôle de « passerelle » vers le droit commun du fait de la **saturation** de ce dernier. Les professionnelles des EMMS sont confrontées au **manque de relais** dans tous les secteurs, concernant le système de soins comme celui de l'accompagnement social, et **l'absence de solutions d'hébergement adaptées** aux problématiques des personnes pose de fortes difficultés lors de l'accompagnement. Ainsi, la tension entre une approche ciblée et l'insuffisance structurelle des services de santé et d'accompagnement social invite à repenser les priorités en matière de financement et d'organisation des dispositifs existants.

Recommandations :

1 Favoriser le recours aux EMMS

- **Améliorer la connaissance et la maîtrise du dispositif et du canal de sollicitation** : poursuivre les efforts de présentation, de communication, de pédagogie auprès des différents partenaires (clarifier l'accès au formulaire sur le site internet, utiliser des flyers, etc.). Réfléchir à une appellation simplifiée des EMMS pour éviter la confusion.
- **Associer à la promotion des EMMS les services de l'État** financeurs de leurs dispositifs cibles.
- **Veiller à toucher les différentes professions** présentes au sein d'une même structure lors de la communication (par exemple en conviant aux réunions de présentation les différentes professionnelles : aussi bien les services sociaux que les soignant·e·s à l'hôpital).
- **Améliorer le repérage des besoins des personnes sans accompagnement social** (en logement adapté, en campements, hébergées chez des tiers, etc.).
- **Améliorer la connaissance des besoins** des publics par le déploiement de projets d'études et de diagnostics.
- Poursuivre le développement des « **permanences** » pertinentes auprès de partenaires qui permettent le repérage des situations.

2 Améliorer la couverture territoriale des EMMS

- Communiquer auprès d'**acteurs présents dans des zones peu ou pas couvertes** que cette étude a permis de préciser (par exemple le Raincy, Romainville, le Bourget, le Pré-Saint-Gervais, les Lilas et Noisy-le-Sec).
- Communiquer auprès d'acteurs présents dans des **communes peu dotées en offres médicale et médico-sociale**.
- Veiller à adapter régulièrement les **territoires d'intervention en fonction de l'évolution des besoins**.
- Penser la couverture territoriale en fonction des autres offres présentes sur le territoire.

3 Harmoniser les pratiques entre EMMS

- **Unifier les grandes étapes de la prise en charge** entre équipes de coordination de soins, par exemple lors d'une première rencontre (recueil du consentement de la personne, bilan médical et social harmonisé, puis décision d'accompagner ou non suivie d'un retour au partenaire sollicitant).
- **Harmoniser les retours post-sigalement** aux solliciteurs à l'aide d'une procédure commune (en déclinant une partie dédiée à ce sujet dans le SI-SIAO par exemple).
- **Harmoniser les indicateurs** en ayant une définition commune des actions réalisées.
- Tendre vers une **centralisation des informations par la régulation** pour une meilleure visibilité des besoins et des pratiques.

4 Fluidifier les partenariats

- Favoriser la création **d'espaces d'échanges entre les EMMS et leurs partenaires**, par exemple un temps annuel de rencontre et de restitution de l'activité.
- **Formaliser les partenariats** inter-structures pour que ceux-ci reposent moins sur les relations inter-personnelles par la signature de conventions simplifiées.
- Mettre en place des **partenariats en amont et en aval de la prise en charge des EMMS pour éviter les ruptures** dans les parcours de soin et d'accompagnement social : avec les services sociaux de droit commun (ASE, PJJ, Circonscriptions de service social).
- Favoriser la collaboration avec des **partenaires spécialisés** lors d'intervention auprès de **publics spécifiques** sur l'exemple de la collaboration avec Médecins du Monde en bidonville.
- Améliorer la **formation des professionnel·le·s du médical aux questions sociales** afin de réduire les discriminations et les refus de prise en charge.
- Améliorer la **formation des professionnel·le·s du social à la coordination de soins, aux addictions et à la santé mentale**.
- Poursuivre les diffusions des bonnes pratiques et rendre accessibles les ressources disponibles à destination des partenaires (espaces ressources, Soliguide, ...)

5 Alléger les difficultés opérationnelles des EMMS

- Encourager le développement d'un **système d'information adapté aux besoins des équipes**.
- **Adapter le RASA** à l'activité des équipes.
- Fournir des **équipements adaptés** à la mobilité : tablettes, imprimantes portables.
- **Outiller pour une communication plus adaptée** et plus sécurisée avec les personnes accompagnées permettant l'envoi de notes vocales et de documents.
- **Adapter les outils de la loi 2002-2** aux dispositifs mobiles pour garantir les droits des personnes accompagnées et faciliter le travail des professionnelles.
- **Améliorer les conditions de travail des équipes** : veiller à une meilleure adaptation de la rémunération des professionnelles afin de favoriser leur recrutement et à une meilleure adaptation des moyens aux besoins, renforcer les espaces d'analyse des pratiques professionnelles.
- **Ajuster le nombre de postes** financés par équipes en fonction des besoins identifiés.
- Effectuer à une fréquence régulière une **révision de la composition des équipes et l'ajuster** en cas de besoin identifié.

6 Coordonner et piloter

- Favoriser l'**interconnaissance** des salariées des EMMS et le partage de pratiques.
- Favoriser la **collaboration entre les EMMS et les autres dispositifs mobiles** de Seine-Saint-Denis.
- Poursuivre les initiatives de **collaboration interdépartementales** en renforçant les **instances de coordination régionales**.
- Maintenir un **pilotage à l'écoute des besoins** avec des interactions régulières.

7 Rendre accessibles les informations relatives à la santé des personnes sans logement

- Financer des dispositifs d'**interprétariat** dans les établissements médicaux.
- Développer et adapter les **outils** à destination des personnes accompagnées (FALC, traductions).
- Déployer des actions de **préventions** ciblées.

8 Renforcer le droit commun et l'accès au droit

- **Simplifier l'ouverture des droits en santé** pour diminuer le non-recours aux soins : faciliter les démarches de souscription et de renouvellement de l'AME pour les personnes précaires. Plus largement, mettre en place des **canaux simplifiés entre les EMMS et les institutions** (CPAM, MDPH, CAF, etc.) pour limiter les délais des démarches administratives.
- Renforcer les dispositifs de droit commun d'**accompagnement social** pour favoriser la transmission de relais et limiter les durées d'accompagnement des EMMS.
- Renforcer les dispositifs de **droit commun d'accès aux soins**, notamment en santé mentale (CMP et hôpitaux).
- Faciliter l'accès aux dispositifs inconditionnels d'hébergement pour les **personnes âgées**, par exemple en adaptant au mieux les locaux et en créant une équipe mobile spécialisée auprès des personnes âgées.
- Favoriser la **régularisation** des personnes ayant des problématiques de santé pour faciliter le recours aux soins et soutenir les solutions d'**accès à la santé pour les personnes en situation irrégulière**.
- Augmenter l'offre de **structures de soins résidentiels**.
- Augmenter l'offre de **mise à l'abri, d'hébergement et de logement**.
- Poursuivre la dynamique de **création de dispositifs d'aller-vers** pour toucher le plus grand nombre sans appauvrir les dispositifs de soins existants.

