

Recherche-Action : Medso93

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



Recherche-Action : Medso93

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

Pauline MARY

avec la contribution de Julie Bastier-Guilcher et Camille Pancarte

2024

Le projet Medso93 est porté par
Interlogement93 en partenariat avec l'Université de Paris Nanterre.
Il 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).



Partie introductive	6
I. Remerciements	6
II. Introduction générale	7
III. Revue de littérature sur la santé et la précarité	8
IV. Contexte de la recherche-action : Interlogement93	11
V. Présentation des EMMS	12
VI. Méthodologie	14
VII. Liste des acronymes	18
 Partie 1 : Contexte, genèse et mise en place des EMMS	 20
I. La Seine-Saint-Denis : une inégale répartition des inégalités sociales et de santé	20
A - Des indicateurs pour saisir la précarité et la pauvreté	20
B - Logiques de la répartition territoriale des personnes sans logement en Seine-Saint-Denis	22
C - L'offre médico-sociale en Seine-Saint-Denis	26
D - Les dispositifs mobiles pour l'accès à la santé	27
II. « Aller-vers » un nouveau dispositif : les équipes mobiles en Seine-Saint-Denis	29
A - Quand la mesure 27 s'inscrit dans le 93	29
B - Quand le passé se conjugue au présent : s'appuyer sur l'existant pour construire un nouveau dispositif	32
C - Quand les imprévus s'invitent, le difficile passage de la théorie à la pratique	38
 Partie 2 : Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis	 50
I. Réguler pour mieux répartir, coordonner pour mieux unir	50
A - Le choix d'une régulation en Seine-Saint-Denis	53
B - Une coordination à deux vitesses	59
II. Définir, bâtir et entretenir un réseau : le défi permanent des EMMS	63
A - Se faire connaître	63
B - Solliciter les EMMS ?	70
C - Un maillage partenarial et territorial indispensable	75
III. L'articulation particulière entre le médical et le social	84
A - Des difficultés à se décroiser : un chantier d'actualité	84
B - Les EMMS à l'épreuve des frontières entre le social et le médical	87

Partie 3 : Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS	94
I. Des parcours de soins heurtés, des vies sans logement :	
analyser les trajectoires des personnes accompagnées	94
A - Quand la rue se lit dans les corps : effets de la (sur)vie sur la santé	94
B - Décrire et analyser l'enchevêtrement des parcours de vie et de soins : trajectoires biographiques, sanitaires et résidentielles	100
II. Solliciter et recourir aux soins quand on est sans logement	106
A - Des pratiques spécifiques de (non) recours aux soins	106
B - De Montreuil à Tremblay : se déplacer pour se soigner	116
 Partie 4 : Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis	 126
I. Regards croisés sur l'efficacité d'un dispositif	126
A - Un dispositif adéquat pour les accompagnés, mesurer la satisfaction des premiers concernés	126
B - Les professionnelles de la santé et du social face au dispositif des EMMS	136
C - Un dispositif novateur : la mobilité au cœur du besoin	136
II. Limites opérationnelles, organisationnelles et structurelles de l'action des EMMS en Seine-Saint-Denis	146
A - Les revers de l'aller-vers	146
B - Pallier les « trous dans la raquette »	149
C - Un « pansement sur une jambe de bois »	156
 Conclusion et recommandations	 164
A - Conclusion générale	164
B - Recommandations	165
Bibliographie	168
Annexes	170

I. Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les personnes anciennement accompagnées par les équipes qui ont accepté de nous accorder leur temps et de partager leur histoire et leur expérience vis-à-vis des soins, de l'hébergement et de l'accompagnement des équipes mobiles.

Un très grand merci aux salariées des équipes mobiles médico-sociales de Seine-Saint-Denis pour leur collaboration et leur accueil, et plus largement à toutes les personnes et partenaires qui ont donné de leur temps à cette étude et accepté de partager leur point de vue en entretien.

Je remercie chaleureusement les membres du Comité Scientifique de l'étude pour leurs conseils et retours avisés tout au long du projet, particulièrement Stéphane Rican et Zoé Vaillant, maître et maîtresse de conférence, géographes au master Territoire, ville et santé de l'université Paris Nanterre.

Ma reconnaissance va aussi aux salarié·e·s d'Interlogement93 pour leurs contributions : l'encadrement de l'équipe de recherche par Valérie Puvilland et Pauline Geindreau, les relectures attentives de Loïc Bonin et le partage d'informations précieuses par Jalfaou Wague.

Merci et bravo à Camille Pancarte et Julie Bastier-Guilcher pour leur investissement sur le terrain et leur apport précieux à Medso93.

Je remercie chaleureusement Clélie Nallet, pour le temps passé à répondre aux appels à projet, sans qui Medso93 n'aurait tout simplement jamais vu le jour.

Enfin, je remercie les financeurs de la recherche-action Medso93 qui ont rendu ce projet possible : La délégation départementale de Seine-Saint-Denis de l'ARS Île-de-France et la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion Sociale.

II. Introduction générale

L'hiver 2023-2024 a été marqué par les débats autour de l'AME (Aide médicale d'État), dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière en France par la prise en charge de certains frais médicaux, qui a été fortement menacée dans le cadre de la loi Asile et immigration (promulguée le 26 janvier 2024). À l'occasion des débats parlementaires, une partie de l'hémicycle souhaitait remplacer l'AME par l'AMU (aide médicale d'urgence) qui n'aurait donné droit aux personnes en situation irrégulière qu'aux soins d'"urgence". Si cette réforme de l'AME n'est pas allée à son terme, celle-ci fait régulièrement l'objet de controverses et se place au cœur de la réflexion politique sur "la question migratoire" en France. Cette problématique de l'accès à la santé des personnes sans droit au séjour se pose particulièrement pour les territoires concentrant le plus de bénéficiaires de l'AME, comme c'est le cas pour la Seine-Saint-Denis qui se situe en deuxième position après Paris¹.

Département de France métropolitaine avec la plus grande proportion de personnes immigrées², en situation régulière ou non, la Seine-Saint-Denis en est aussi le plus pauvre. Les nombreux indicateurs de santé à notre disposition témoignent de la difficulté d'accès aux soins pour une partie de la population du département. Au-delà de l'exemple particulier de l'AME, qui ne concerne pas la totalité des personnes en situation de grande pauvreté, différents dispositifs spécifiques se développent pour favoriser l'accès aux soins et l'autonomie dans un parcours de soin. Nous nous concentrons ici sur l'un d'eux en particulier : les équipes mobiles médico-sociales de Seine-Saint-Denis (EMMS). Créées en 2022 dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé (2020), il s'agit d'équipes mobiles composées de professionnel-le-s du social et du médical ou paramédical visant à délivrer un accompagnement médico-social ou sanitaire à des personnes sans logement et en situation de grande pauvreté. Ces équipes, du fait de leur pluridisciplinarité, de leur mobilité et de leur mise en place récente, constituent un objet de recherche particulièrement intéressant. Interlogement93 a souhaité réaliser le suivi-évaluation de ce dispositif « d'aller-vers » afin de questionner les dimensions sociales, territoriales et opérationnelles de l'intervention des EMMS, ainsi que le rapport à la santé des personnes accompagnées. En effet, la réflexion sur les équipes mobiles médico-sociales est indissociable d'une réflexion sur les besoins, les pratiques de soins, et plus largement sur l'écosystème médical et social, ainsi que sur les politiques publiques concernant la santé et le logement.

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 pauvreté ;
- 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.

Pour répondre à ces questionnements, une méthodologie mixte, mêlant méthodes quantitatives et qualitatives, est mise en place par une équipe de recherche pluridisciplinaire, afin de prendre en compte les expériences et regards de l'ensemble des actrices et acteurs impliqué-e-s dans la mise en œuvre du dispositif (personnes accompagnées, professionnel-le-s, partenaires, acteur-ice-s des politiques publiques). L'étude Medso93 est une recherche-action financée par La délégation départementale de Seine-Saint-Denis de l'ARS Île-de-France (ARS-DD93) et la Fondation Hospitalière sur la Recherche et l'Exclusion Sociale dans le cadre de deux appels à projets : « La réduction des inégalités sociales de santé » et « La grande pauvreté – comment l'éviter, comment en sortir ? ». Elle a été réalisée par Interlogement93 en partenariat avec l'Université de Paris-Nanterre entre novembre 2023 et mars 2025.

¹ Rapport sur l'Aide Médicale d'État, 2023

² Source : Insee, recensement de la population 2021. Une personne immigrée est une personne née étrangère à l'étranger. Mayotte est le département français avec la plus forte proportion d'immigrés (34,7 %), suivi de la Guyane (31,5 %) et de la Seine-Saint-Denis (31,4 %). Nous choisissons ici cette donnée à défaut de données fiables sur le nombre de personnes en situation irrégulière.

III. Revue de littérature sur la santé et la précarité

Être sans domicile recouvre des réalités hétérogènes, ayant pour expérience commune la précarité et une très forte instabilité vis-à-vis de l'hébergement. Le terme « précarité », impliquant systématiquement la pauvreté, permet d'inclure les notions de manque et de fragilité sociale, et décrit des situations où l'incertitude prend une place majeure et quotidienne (Reynès 2018³). La précarisation se caractérise alors par une série de fragilités et d'instabilités cumulées, concernant l'emploi, l'habitat, la santé et le soin, l'institution scolaire et le milieu familial (Zaouche-Gaudron et Sanchou 2005⁴). Nous aborderons ici particulièrement la précarité concernant le logement mais aussi la santé, afin de voir comment ces fragilités interagissent entre elles, s'alimentent ou s'amenuisent.

Cette précarité multidimensionnelle prend place dans un territoire donné dont l'influence est centrale, et sur lequel l'individu constitue un acteur urbain à part entière (Zeneidi-Henry 2002⁵). En effet, le lieu de vie conditionne à la fois les pathologies qui peuvent être déclarées, mais aussi le niveau d'accès aux soins (Rican et al. 2014⁶). Ainsi, plus la précarité est grande, qu'importe la mesure utilisée, plus les disparités spatiales de santé sont subies (Salem et al. 2006⁷).

Mesurer les pratiques de soins et l'état de santé des personnes sans logement, comme nous essayons de le faire dans cette recherche-action, représente un défi sur le plan méthodologique de l'étude d'une population difficilement délimitable, mouvante, mobile, hétérogène et souvent difficile à joindre pour les enquêtes (Arnaud 2017⁸). Malgré ces obstacles, de nombreux travaux ont été publiés sur la santé des personnes sans-domicile. Nous en indiquons ici quelques-uns particulièrement intéressants pour notre sujet :

- L'enquête ENFAMS (Samusocial de Paris, 2013⁹) documente l'importance de certaines pathologies chez les personnes sans logement interrogées par rapport à la population générale : particulièrement l'anémie, le surpoids, l'obésité, les troubles dépressifs. 20 % des personnes interrogées n'ont pas d'assurance maladie, et les modalités de renoncement aux soins diffèrent de celles de la population générale. La population sans-abri renonce en effet bien plus souvent à des consultations généralistes et spécialistes.
- L'enquête SAMENTA (Samusocial de Paris, 2009¹⁰) porte sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement en Île-de-France. Elle montre notamment que les troubles psychotiques et l'addiction au cannabis sont respectivement 10 et 6 fois plus élevés chez les personnes interrogées que dans la population générale.

³ Reynès, « Géographie de la pauvreté et de la précarité dans les zones rurales de moyenne montagne ».

⁴ Zaouche-Gaudron et Sanchou, « Introduction ».

⁵ Zeneidi-Henry et Fleuret, « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF ».

⁶ Rican et al., « Inégalités géographiques de santé en France ».

⁷ Salem et al., *Atlas de la santé en France*.

⁸ Best et Vanoni, « Seul(e) face au mal-logement ».

⁹ « ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France ».

¹⁰ Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al., « The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries ».

- L'enquête « Sans-domicile » de l'INSEE (2001¹¹, 2012¹²) constitue la seule grande enquête nationale sur cette catégorie de population. Elle démontre une surreprésentation chez les personnes sans-domicile de pathologies comme la migraine (cinq fois plus présentes qu'en population générale), les maladies respiratoires (deux fois plus présentes), les séquelles d'accident ou de maladie grave (six fois plus présentes). De plus, l'étude de 2012 montre l'existence d'une gradation de l'état de santé déclaré selon les modalités résidentielles : les personnes en CHU/CHRS ou en hôtel sont celles qui se déclarent le plus en « très mauvaise » ou en « mauvaise » santé. L'enquête fait également apparaître un état de santé subjectif plus mauvais chez les sans-abris étrangers.

Certains travaux appréhendent ces questions avec une démarche qualitative :

- Y. Benoist étudie par exemple les raisons du non-recours aux soins des personnes sans domicile (Benoist 2008¹³). Il montre l'influence de la vie à la rue sur la négligence de la santé et des besoins immédiats, impliquant un non-recours aux soins jusqu'au moment où la maladie devient trop handicapante. Ensuite le renoncement aux soins peut être lié à une relation conflictuelle avec les acteurs du corps médical ainsi qu'à un évitement des institutions de soins dédiées aux personnes sans domiciles qui pourraient être elles-mêmes vecteur de maladies.

- Le travail de C. Jangal aborde, entre autres, la dimension temporelle, longitudinale et spatialisée des parcours de soins. Cette thèse permet notamment la constitution de matrices d'analyse des types de parcours de soins de dix-huit familles sans logement en lien avec leur parcours résidentiel et administratif (Jangal 2021¹⁴). Ces matrices nous serviront de base et de repère dans la construction de l'analyse des parcours de soin des personnes enquêtées au même titre que des travaux portés par exemple par le Samusocial de Paris sur les notions de parcours résidentiels (Fourestier et al. 2022¹⁵).

L'un des points qui ressort de ces différents travaux est l'importance du non-recours chez les personnes sans logement, alors même qu'elles sont relativement plus atteintes par certains problèmes de santé. L'enjeu est donc de parvenir à réaffilier ces personnes en rupture dans le droit commun et de les raccompagner vers un « rétablissement social et citoyen » (Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010¹⁶).

Afin de parvenir à cet objectif, ce sont souvent des espaces et dispositifs particuliers qui sont mis en place comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières ou dites « de ville » ou encore des dispositifs d'« aller-vers » (Siffert 2023¹⁷). Il ne s'agit plus d'attendre que la personne sollicite le soin, mais d'aller à sa rencontre sur le terrain et de la soigner dans l'optique de peu à peu la raccrocher au droit com-

¹¹ Brousse, Massé, et Guiot de La Rochère, *L'enquête sans-domicile 2001*.

¹² Duée et Yaouancq, « L'enquête Sans-Domicile 2012 ».

¹³ Benoist, « Vivre dans la rue et se soigner ».

¹⁴ Jangal, « Familles sans logement et recours aux soins en Ile-de-France : contraintes, ancrages et pratiques ».

¹⁵ Fourestier, Guénée, Guillemot, Le Méner et Renoux, « En bout de chaîne : Parcours de crise et crise de parcours de travailleuses et travailleurs immigrés de l'hôtellerie-restauration ».

¹⁶ Girard, Estecahandy, et Chauvin, « La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen ».

¹⁷ Siffert, « Quand "l'aller vers" tient à distance ».

mun, à l'instar du travail mené par les équipes mobiles médico-sociales de la mesure 27 du Ségur de la Santé (EMMS). Toutefois, ces dispositifs peuvent être critiqués car, alors qu'ils sont censés être utilisés temporairement, ils deviennent souvent la modalité de soin habituelle des patient·e·s cibles, du fait de la difficulté à accéder au système de soins de droit commun (Siffert 2023¹⁸; Arveiller et al. 2016¹⁹; Siffert et Sempé 2022²⁰). Si ces dispositifs permettent d'expérimenter de nouvelles actions médico-sociales, ils peuvent aussi être vus comme le symptôme d'un système qui échoue à soigner l'ensemble de la population. Ils restent toutefois un moyen privilégié d'accéder aux publics en situation de difficulté par rapport à l'accès aux soins et sont également le lieu de négociations et de création de liens sociaux importants (Arveiller et Mercuel 2012²¹; Marques 2011²²). Ces dispositifs sont aussi le reflet de l'institutionnalisation et de la professionnalisation de la prise en charge des populations sans-domicile de façon pluridisciplinaire, favorisant l'entrecroisement des espaces professionnels du social et de la santé (Schlegel 2019²³). Dans d'autres pays, notamment aux États-Unis et au Brésil où des dispositifs similaires ont été développés, les équipes mobiles sont un moyen particulièrement efficace pour « détecter précocement, traiter, faire du monitoring, et soigner des maladies chroniques et infectieuses » (Alecrim et al. 2022²⁴) ainsi que pour rattacher les personnes concernées au droit commun (Alecrim et al. 2022²⁵; Ferreira, Rozendo, et Melo 2016²⁶).

L'étude Medso93 pose la question de l'évaluation d'un dispositif médico-social de ce type. En nous inspirant d'un travail d'évaluation de l'accompagnement médico-social de personnes en situation de handicap par un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) hors les murs (Escuriet 2021²⁷), nous avons choisi de mener une partie de cette évaluation sous l'angle de l'expérience d'accompagnement. Cela signifie que certains critères d'évaluation choisis devaient être mesurables à l'échelle de chaque individu, par exemple la santé perçue, les derniers rendez-vous chez des professionnel·le·s de santé, l'observance d'un traitement, etc. (cf. détails dans la partie méthodologie). Cette méthode permet également de porter un regard sur les trajectoires de vie et les parcours de santé/socio-économiques/résidentiels, souvent peu documentés.

Ainsi, afin d'analyser finement l'efficacité du dispositif des EMMS, la forme de suivi-évaluation choisie mêle méthodes quantitatives et qualitatives. Le format de recherche-action permet un travail sur et pour l'action, avec des visées opérationnelles. En plus de cet objectif, la recherche permettra également de contribuer à la littérature sur la santé et le recours aux soins des personnes sans-domicile, et de documenter le fonctionnement des EMMS, dispositif novateur d'aller-vers, imbriquant le social et la santé.

¹⁸ Siffert, « Quand "l'aller vers" tient à distance ».

¹⁹ Arveiller, Magdeleinat, et Mercuel, « De quelques questions soulevées par le fonctionnement des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité ».

²⁰ Sempé et Siffert, « Les professionnels du médico-social en déplacement ».

²¹ Arveiller et Mercuel, *Santé mentale et précarité. Aller-vers et rétablir*.

²² Marques, « Construire sa légitimité au quotidien ».

²³ Schlegel, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile ».

²⁴ « Les Équipes Mobiles en Psychiatrie (2^e partie) : crise, mobilité et processus de changement ».

²⁵ « Les Équipes Mobiles en Psychiatrie (2^e partie) : crise, mobilité et processus de changement ».

²⁶ Ferreira, Rozendo, et Melo, « Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro ».

²⁷ Escuriet, « La géographie et l'habiter pour identifier des situations de handicap: approche environnementale du handicap et évaluation d'un dispositif d'accompagnement médico-social ».

IV. Contexte de la recherche-action : Interlogement93

L'association Interlogement93 est une association fédérative créée dans les années 90. C'est un réseau comprenant une quarantaine d'associations sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, agissant toutes dans le secteur de la mise à l'abri, l'hébergement et l'accès au logement des personnes en situation de précarité²⁸. De plus, Interlogement93 est l'opérateur unique du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) de Seine-Saint-Denis depuis 2010 (portant notamment le 115, numéro d'urgence pour les sans-abris). L'étude Medso93 a été menée au sein d'Interlogement93 pour différentes raisons.

D'abord, s'agissant d'un réseau d'acteurs, la structure se trouve au cœur du réseau associatif social et médico-social et sa très forte implantation territoriale favorise le déroulement de travaux d'analyse nécessitant la mise en lien avec un nombre important de partenaires.

De plus, Interlogement93 a un fort intérêt à disposer de connaissances sur les besoins du territoire de Seine-Saint-Denis, en lien avec son échelle départementale et sa mission d'observation sociale. Le fait d'acquérir des connaissances objectives sur le public en grande précarité du département permet de renforcer le plaidoyer et la défense des droits de ce public.

Interlogement93 est un acteur du social qui mène aussi des actions liées à la santé, puisque l'association porte une Équipe Mobile Santé Précarité (EMSP) et assure la régulation des EMMS du département. Cela ajoute un fort intérêt opérationnel aux résultats de la recherche-action Medso93. Plus largement, le SIAO étant un acteur clé du parcours d'accompagnement et d'accès au logement des personnes, les préconisations identifiées par l'étude présentent une valeur ajoutée pour l'ajustement de l'accompagnement des ménages avec des problématiques de santé.

L'équipe de recherche pluridisciplinaire est constituée d'une cheffe de projet salariée d'Interlogement93, d'une étudiante du master Études et évaluations dans les secteurs de la santé et du social (EVSAN) de l'Université Paris Cité et enfin d'une étudiante du master Territoire Ville et Santé (TVS) de l'Université Paris Nanterre et de l'Université Paris Est Créteil.

De plus, un Conseil Scientifique a été déployé pour accompagner la réflexion à différents stades du projet. Il était composé de :

- **Zoé Vaillant**, maîtresse de conférence, géographe, master « Territoires, villes et santé », Université Paris Nanterre
- **Stéphane Rican**, maître de conférence, géographe, master « Territoires, villes et santé », Université Paris Nanterre
- **Clélie Nallet**, cheffe de projet études et enquêtes, Interlogement93
- **Pauline Mary**, cheffe de projet recherche-action Medso93, Interlogement93
- **Pauline Geindreau**, responsable du pôle observation sociale, système d'information et actions transversales du SIAO 93, Interlogement93
- **Valérie Puvilland**, directrice opérationnelle SIAO 93 et actions transversales, Interlogement 93
- **Jacques Pisarik**, responsable d'études et de recherche, Observatoire du Samu Social de Paris
- **Lison Ramblière**, épidémiologiste, Observatoire du Samu Social de Paris
- **Franck Temporal**, maître de conférences, socio-démographe, Responsable du master Sciences Sociales, Parcours Études et évaluations dans les secteurs de la santé et du social (EVSAN), Université Paris Cité
- **Corinne Lanzarini**, Paris 13, maîtresse de conférences, sociologue, Université Sorbonne Paris Nord, master santé population et territoire

²⁸ La fonction de veille sociale et d'observation sociale est portée par le pôle OSSIAT (Observation Sociale, Services d'Information et Actions Transversales) du SIAO, et se concrétise par la production d'indicateurs statistiques et d'études et enquêtes sur les publics du SIAO ou les dispositifs mis en place à destination de ces publics.

V. Présentation des EMMS

Les EMMS

Objectifs : « Assurer une prise en charge courte et permettre l'accès et le maintien des soins ainsi que la prise en charge de ces personnes dans le système de santé de droit commun » (document de cadrage des EMMS, ARS Île-de-France).

Modalités d'intervention :

- **inconditionnelle** : sans condition d'âge, de ressources ou de régularité de séjour ;
- **en aller-vers** : sur le lieu de vie ou de fréquentation habituelle de la personne ;
- **par une équipe de professionnel·le·s dédiée.**

Public cible :

- **personnes en situation de grande précarité** : vivant à la rue / mises à l'abri (hôtel 115) / hébergées dans les dispositifs AHI (CHU, CHRS, logement accompagné...) / DNA (CADA, HUDA, CPH, ...) / dispositif temporaire « Ukraine » / vivant en hébergement précaire ou abris de fortune (squat, bidonville, etc.) ;
- **rencontrant des difficultés d'accès à la santé.**

La recherche-action porte sur un type d'équipes mobiles médico-sociales appelées équipes mobiles mesure 27 du Ségur de la Santé. Il s'agit d'un dispositif « d'aller-vers » mis en place par l'ARS dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé (2020), mesure qui préconise la mise en place d'équipes mobiles pour aller à la rencontre des plus exclus de manière inconditionnelle.

La Seine-Saint-Denis étant un territoire particulièrement touché par les inégalités de santé et par la précarité, plusieurs types d'équipes de taille variable ont été mises en place pour répondre aux préconisations du Ségur : ESSIP, EMSP, ACT hors les murs, LHSS mobile (**détails Figure 1**). Ces équipes mobiles sont portées sur le territoire par différentes associations.

Une coordination de ces équipes et une régulation des demandes d'intervention est portée par Interlogement93 (**cf. Figure 1**). Les principales missions de la régulation se déclinent en deux axes principaux : d'une part la régulation qui consiste à centraliser les demandes d'intervention des EMMS, identifier les besoins et les attribuer à une équipe après réception ; d'autre part la coordination de ces dernières. À cela s'ajoute la communication auprès des partenaires au sujet des EMMS ou l'organisation des événements de formation ou d'information avec les équipes.

Comme nous l'évoquerons plus tard, la composition des équipes est variable. Celle indiquée dans la Figure 1 concerne le printemps 2024.

Au total, le département de Seine-Saint-Denis est doté de 4 dispositifs coexistant sur le territoire :

- 3 EMSP (Équipes mobiles santé précarité) portées par Hôtel social 93, le Groupe SOS et Interlogement93 ;
- 1 ESSIP (Équipe spécialisée soins infirmiers précarité) portée par la Main tendue ;
- 1 LHSS (Lit Halte Soins Santé) hors les murs spécialisé périnatalité porté par le Groupe SOS ;
- 2 ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique) hors les murs, dépendant d'Appartements de coordination thérapeutique sur site portés par l'association Aurore et Emmaüs alternatives. Ce deuxième ACT hors les murs porté par Emmaüs alternatives a démarré son activité en septembre 2024 et n'a donc pas été intégré au terrain de l'étude.

Régulation santé							
Association porteuse	Interlogement93						
Composition	1 cheffe de projet santé						
Missions	Réguler l'intervention des équipes Filtrer et orienter les demandes Coordonner les acteurs Mutualiser les ressources Permettre une analyse à l'échelle du territoire et identifier les besoins Communiquer sur le dispositif						
Les EMMS / EMMS							
Modes de sollicitation	Formulaire en ligne sur le site d'Interlogement93 Contact direct par mail ou téléphone avec la régulation/une coordinatrice/une professionnelle						
Types de dispositif	EMSP			LHSS mobile	ACT hors les murs		ESSIP
Associations porteuse	Interlogement93	Hôtel Social 93	Groupe SOS Solidarité		Aurore	Emmaüs Alternatives	La Main Tendue
Compositions	1 poste de coordination 2 IDE 1 TS	1 poste de coordination 1 IDE 1 TS	1 poste de coordination 1 IDE	1 poste de coordination 2 sages-femmes à temps partiel 1 TS	1 poste de coordination Psychologues et IDE mutualisés avec les autres activités	1 poste de coordination 1 IDE	1 IDEC 3 aides-soignantes 3 IDE
Missions	Coordination de parcours, orientation vers le système de santé de droit commun Réalisation de bilans de santé/évaluation sociale				Coordination de parcours Accompagnement dans les démarches de la vie quotidienne		Dispense de soins infirmiers ou de nursing sur prescription médicale
Publics cibles	Personnes sans logement (à la rue ou hébergées)			Femmes enceintes ou sortantes de maternité Familles avec jeunes enfants malades Sans logement (à la rue ou hébergés)	Personnes sans logement (à la rue ou hébergées) atteintes de pathologies chroniques		Personnes sans logement (à la rue ou hébergées)

Figure 1 : Organisation, composition et missions des EMMS de Seine-Saint-Denis.
 Réalisation : J. Bastier-Guilcher et P. Mary. SOURCES : ENTRETIENS, RÉGULATION SANTÉ.

VI. Méthodologie

Pour répondre aux objectifs exposés précédemment, des méthodes quantitatives et qualitatives ont été mobilisées. Les données ont été recueillies entre mars et octobre 2024. Une analyse d'impact a été réalisée en amont pour assurer la conformité par rapport au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) de l'ensemble de la méthodologie de recherche.

A - Questionnaires

Deux questionnaires ont été construits, à destination de deux types d'acteurs différents.

• *Le questionnaire du cycle de suivi adressé aux personnes rencontrées par les EMMS*

Le premier questionnaire s'intitule le « **questionnaire du cycle de suivi** » (cf. *Annexe 1*). Il vise à recueillir le niveau de santé perçue de la personne accompagnée par les EMMS, le niveau d'autonomie par rapport à la santé et le parcours de soins ainsi que des informations sur le suivi social et les droits à la santé. L'objectif est d'avoir un suivi de ces indicateurs à deux moments différents : au début (temporalité 1) et à la fin de la prise en charge (temporalité 2) par les EMMS afin de comparer les indicateurs concernant la situation initiale de la personne et la situation post intervention de l'équipe. La comparaison a pour objectif de mesurer l'efficacité de l'intervention sur la situation individuelle des personnes interrogées.

Un troisième temps de contact était initialement prévu afin de mesurer ce qu'il reste de l'accompagnement de l'EMMS plusieurs mois après la fin de la prise en charge, mais les difficultés rencontrées lors de la phase de contact post intervention de nous ont contraints à ne recontacter les personnes qu'une fois l'accompagnement terminé.

Le questionnaire a demandé un travail en collaboration avec les professionnelles des équipes, pour sa conception d'une part, et pour sa passation d'autre part. Ainsi pour la « temporalité 1 », ce sont les équipes qui ont passé les questionnaires, afin que la présence d'une personne tierce (l'une des enquêtrices de l'étude) ne porte pas préjudice à la création du lien avec la personne accompagnée, qui est fondamentale au bon déroulement de la prise en charge. Il était prévu que le questionnaire soit proposé à toutes les nouvelles personnes rencontrées par les EMMS du 1^{er} avril 2024 au 30 septembre 2024. Cependant, au fur et à mesure, des difficultés ont été remontées par les professionnelles concernant la présentation de l'étude aux personnes, ainsi que la gêne à proposer ce questionnaire dans un contexte de très grande précarité et de première rencontre, sans lien créé, alors que l'objectif est de dresser un bilan médico-social. Par conséquent, certaines équipes n'ont pas ou peu passé de questionnaires. Face à ces contraintes, la passation du questionnaire a finalement été faite en présence d'une des enquêtrices de l'étude lorsque cela était possible afin de bien cadrer le contexte et les modalités de l'étude vis-à-vis des personnes sollicitées. Une autre difficulté concerne le fait que des personnes rencontrées n'étaient pas disposées à répondre au questionnaire en raison de problèmes d'ordre psychiatrique. Par ailleurs, certaines équipes ont rencontré très peu de nouveaux suivis pendant la période de passation du questionnaire.

Lorsque l'équipe rencontre une personne pour la première fois, les professionnelles ne savent pas si un accompagnement va être fait ou s'il s'agit d'une rencontre unique. Ainsi, 10 % des questionnaires remplis

lors d'un premier rendez-vous concernaient des personnes pour qui un besoin d'accompagnement n'a pas été identifié et que nous n'avons donc pas recontactées.

Au total, **69 personnes ont répondu au questionnaire au début du cycle de suivi**, donnant des informations sur les situations de ces personnes avant l'intervention d'une EMMS. Parmi ces 69 personnes :

- 18 ont répondu au questionnaire après accompagnement de l'EMMS lors de la temporalité 2, à la fin du cycle de suivi.
- 7 n'ont pas été recontactées, car non accompagnées par une équipe après le premier rendez-vous.
- 24 n'ont pas pu être recontactées, car non joignables pour différentes raisons : perte ou changement de téléphone, départ du territoire français, recommandation des professionnelles de ne pas recontacter la personne (en lien avec une instabilité ou des problématiques psychiatrique).
- Les 20 personnes restantes étaient encore dans la file-active de l'équipe au terme de l'étude. La méthodologie avait été imaginée par rapport aux durées de suivi théoriques du document de cadrage de l'ARS, mais ces dernières sont plus longues dans la pratique (voir Partie 1 II. C).

• Le questionnaire en ligne auto-administré adressé aux prescripteurs SIAO

Le second questionnaire, nommé « questionnaire auto-administré aux prescripteurs-rices SIAO », a été adressé à un grand nombre de professionnel-le-s du territoire susceptibles d'avoir recours aux EMMS. Il vise à mesurer la connaissance du dispositif et la satisfaction de ceux ayant déjà sollicité une EMMS. Ce questionnaire a été construit sur Microsoft Forms (retranscrit au format papier en Annexe 2) et a été envoyé à tou-te-s les professionnel-le-s possédant un compte SI-SIAO, soit environ 2 000 accompagnants et accompagnantes sociales de Seine-Saint-Denis, travaillant dans des structures d'hébergement, des dispositifs d'accompagnement communaux ou départementaux, au SIAO, dans les missions locales, etc. Nous avons ajouté à cette liste les prescripteurs-rices qui ont adressé une demande à la régulation santé en 2023.

Le questionnaire a été envoyé mi-mai 2024 et a été clôturé quatre semaines plus tard. **Au total, 281 réponses ont été récoltées**, soit un taux de réponse de 10 %, qui correspond aux taux de réponse obtenus dans de précédentes études conduites par Interlogement93 où la même liste de diffusion et le même canal de sollicitation avaient été utilisés.

Les données de ces questionnaires ont été traitées de manières quantitatives et ont aussi servies de point de départ pour recontacter des professionnel-le-s en vue de la réalisation d'un entretien. En effet, des contacts ont pu être obtenus lors de la passation ou de l'analyse des résultats du « cycle de suivi » ou du « questionnaire auto-administré ».

B - Entretiens

Afin de répondre aux objectifs de recherche nous avons effectué 72 entretiens. Ils ont été menés de manière semi-directive ou libre suivant les acteurs sollicités. La diversité des acteurs interrogés donne une vue d'ensemble à la fois sur le fonctionnement des EMMS et sur leur efficacité depuis différents points de

vue ainsi que sur les expériences en termes de parcours de soins des personnes accompagnées. Les noms des personnes citées ont été remplacés par des pseudos ou anonymisés.

• *Les personnes accompagnées*

26 entretiens ont été effectués auprès de personnes qui avaient été accompagnées par une EMMS, qu'elles aient participé ou non au « cycle de suivi ». Il s'agissait de réaliser un entretien biographique spatialisé, retraçant à la fois le parcours de vie, le parcours résidentiel et enfin le parcours de soin, en revenant particulièrement sur les déclarations des problématiques de santé et leur prise en charge. Une grille a été construite (**cf. Annexe 3**) ayant un double objectif de guide d'entretien et d'analyse a posteriori afin de documenter les pratiques spatiales, les lieux de résidence et le parcours de santé des personnes. Une présentation de l'échantillon, reprenant les caractéristiques des personnes accompagnées dont le genre, l'âge, la nationalité et la situation résidentielle se trouve en Annexe 5.

• *Les prescripteurs ou partenaires sollicitateurs*

Pour recueillir des points de vue complémentaires, trois types de prescripteurs-rices ont été interrogés lors de 13 entretiens différents :

- les prescripteurs via la régulation ou « Type 1 » : ce sont les personnes qui mobilisent les EMMS par le biais du formulaire ou l'adresse électronique de la régulation. Il s'agissait d'évaluer la satisfaction vis-à-vis du traitement de la demande par la régulation et de l'intervention des EMMS. La liste de ces personnes a été obtenue via les données de la régulation des EMMS ;
- les prescripteurs en « auto-saisie » ou « Type 2 » : il s'agit des acteur-ice-s qui sollicitent les EMMS sans passer par la régulation, en contactant directement un membre de l'équipe. L'objectif de ces entretiens était de définir pourquoi ces personnes ne passent pas par la régulation, ce que cela dit des réseaux d'acteurs pré-existants et de la connaissance des professionnel-le-s. Pour obtenir leurs coordonnées nous avons sollicité directement les équipes et leurs coordinateur-rices ;
- les prescripteurs potentiels en non-recours ou « Type 3 » : il s'agissait ici d'identifier des acteurs susceptibles d'avoir besoin des EMMS, mais qui ne les sollicitaient pas, afin d'expliquer le non-recours aux équipes. Pour construire cette liste nous avons utilisé le résultat du questionnaire en ligne auto-administré en contactant les personnes (qui avaient accepté d'être recontactées) ayant déclaré rencontrer des difficultés d'accompagnement de public avec des problèmes de santé et ne pas solliciter les EMMS. Nous avons de plus identifié certains acteurs à partir d'entretiens.

• Les partenaires

18 partenaires du territoire ont été rencontrés. Cette catégorie englobe les structures/personnes /dispositifs qui gravitent autour des EMMS, que ce soient les dispositifs vers lesquels les équipes orientent les personnes accompagnées, les acteurs du réseau santé précarité de Seine-Saint-Denis ou encore les instigatrices de la mise en place des équipes sur le territoire. Certain·e·s partenaires se sont révélé·e·s lors des entretiens être également des prescript·eurs·rices.

• Les professionnel·le·s des EMMS

15 entretiens ont été effectués avec les professionnel·le·s des équipes (encadrant·e·s, infirmier·e·s, travailleurs et travailleuses sociales) en complément des immersions afin de préciser la mise en œuvre des missions, les problématiques rencontrées et les apports.

C - Immersions

Des observations participantes auprès de professionnel·le·s des EMMS ont été réalisées et ont permis d'assister à des rendez-vous de première rencontre ou d'accompagnement, de participer à des permanences en structures, à des rendez-vous partenariaux, etc. L'équipe Medso93 étant constituée de trois personnes pendant la phase de terrain, les immersions se sont déroulées avec une seule personne à la fois afin de ne pas gêner le travail des équipes. Un carnet de terrain partagé a été tenu.

Les immersions ont également concerné d'autres réunions partenariales internes à Interlogement93, ou entre EMMS, ou initiées par la régulation des EMMS (comme les réunions de coordination des EMMS) ou par l'ARS-DD93.

VII. Liste des acronymes

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AHI	Accueil hébergement insertion
ALD	Affections longues durées
AME	Aide médicale d'état
ARS	Agence régionale de santé
CADA	Centre d'accueil pour demandeur d'asile
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CMP/CMPP	Centre médico-psychologique/Centre médico-psycho- pédagogique
CMS	Centre municipal de santé
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CSS/C2S	Complémentaire santé solidaire
DNA	Dispositif national d'accueil
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
EMSP	Équipe mobile santé-précarité
ESSIP	Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité
EMMS	Équipes mobiles médico-sociales (de la mesure 27 du Ségur de la santé)
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
FTM	Foyer de travailleurs migrants
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IDE	Infirmier.e diplômé.e d'État

IDEC	Infimièr.e Coordinateur.ice
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soin santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PUMA	Protection universelle maladie
QPV	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
RASA	Rapport d'activité standardisé annualisé
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SI-SIAO	Système d'information du SIAO
SSP	Samusocial de Paris

Lors de la rédaction, les points médians ont été utilisés pour l'écriture inclusive. Parfois, pour un meilleur confort de lecture, l'accord de proximité a été utilisé. De plus, lorsqu'il s'agissait d'ensembles majoritairement féminins, le mot a été genré au féminin (par exemple « les salariées des EMMS »).

Cette première partie a pour objectif de présenter le contexte dans lequel s'inscrivent les EMMS, permettant ainsi d'en comprendre les fondements. Le département de Seine-Saint-Denis comporte effectivement des particularités sur le plan de la précarité, mais également de nombreuses réponses, notamment à destination des personnes sans logement avec des problématiques de santé. C'est dans ce contexte spécifique qu'ont été mises en œuvre les EMMS, et il s'agira d'exposer dans quelles politiques publiques ce dispositif prend racine et quels défis ont été rencontrés lors de la mise en pratique de la théorie.

I. La Seine-Saint-Denis : une inégale répartition des inégalités sociales et de santé

La création des EMMS prend place dans le département singulier de la Seine-Saint-Denis. Ce dernier présente des indicateurs de pauvreté extrêmement alarmants, mais également un tissu d'acteurs dynamiques et variés. Il s'agit ici de témoigner des spécificités et des inégalités du territoire en ce qui concerne l'offre médico-sociale ainsi que de la répartition des personnes susceptibles d'y faire appel, c'est-à-dire les personnes précaires et sans logement. Nous entendons ici par sans logement toute personne n'ayant pas de bail à son nom (hébergée chez un tiers, en structure d'hébergement, en logement adapté, mise à l'abri en hôtel 115, à la rue ou en abri de fortune, etc.). Nous compléterons cette mise en contexte par la présentation de dispositifs proches des EMMS qui ont la particularité d'être mobiles, ce qui complique leur représentation cartographique.

A - Des indicateurs pour saisir la précarité et la pauvreté

La Seine-Saint-Denis présente des indicateurs de pauvreté élevés qui, au sein de l'Île-de-France pourtant particulièrement marquée par la précarité, ressortent fortement. Ainsi, alors que 15,5 % de la population francilienne vit sous le seuil de pauvreté, soit 60 % du niveau de vie médian (1 216 € par mois en 2022 pour un ménage d'une personne²⁹), c'est un peu moins de 30 % de la population Séquano-Dionysienne qui vit sous ce seuil (INSEE 2022). Ces données font de la Seine-Saint-Denis le département le plus pauvre de la France métropolitaine. Afin de mieux caractériser cette pauvreté, nous avons sélectionné divers indicateurs qui permettent de préciser les particularités de précarité en Seine-Saint-Denis.

Les indicateurs choisis permettent d'observer plusieurs dimensions ; pour la pauvreté monétaire, le taux évalué à 40 % ; pour la précarité liée au logement, le taux de suroccupation des résidences principales ; pour la précarité vis-à-vis de la santé, le taux de bénéficiaires de la CSS ; et enfin pour la précarité vis-à-vis de l'emploi, le taux de chômage des actifs.

Cette planche (**Figure 2**) permet de caractériser les communes avec une forte précarité selon les critères énoncés : Saint-Denis, La Courneuve, Stains, Pierrefitte-sur-Seine, Aubervilliers, Villetaneuse, Bobigny et Clichy-sous-Bois, qui pour tout ou partie de ces indicateurs ont des taux fortement au-dessus des moyennes franciliennes et françaises. À l'inverse, les communes de l'est Séquano-Dionysien comme Le Raincy, Noisy-le-Grand, Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, sont quant à elles en dessous ou égales à la moyenne d'Île-de-France et de la France métropolitaine. Cette dichotomie s'explique en partie par la concentration de la population dans les communes proches de Paris précédemment citées.

²⁹ En 2022, d'après l'INSEE, le seuil de pauvreté à 60 % est de 1 581 € pour les familles monoparentales avec un enfant de plus de 14 ans, 1 824 € pour les couples sans enfant, 2 554 € pour les couples avec deux enfants de moins de 14 ans.

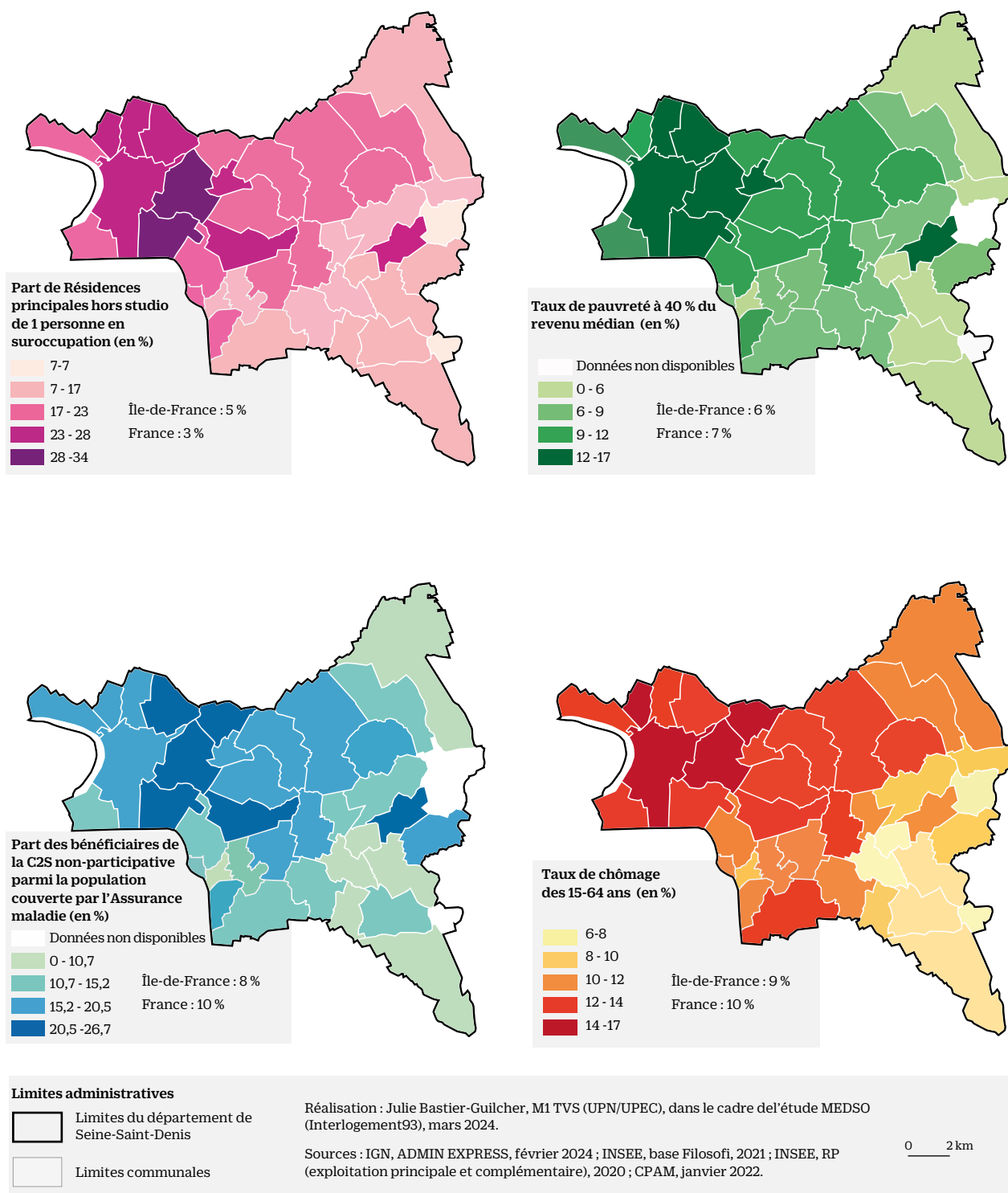


Figure 2 : Planche cartographique des caractéristiques socio-économiques des communes de Seine-Saint-Denis.
Réalisation : J. Bastier-Guilcher, mars 2024.

B - Logiques de la répartition territoriale des personnes sans logement en Seine-Saint-Denis

• Les personnes hébergées ou en habitat précaire

La carte ci-dessous (**Figure 3**) nous permet d'estimer la répartition d'une partie des personnes sans logement : à partir des données concernant les personnes mises à l'abri à l'hôtel 115, hébergées en structure d'hébergement ou encore vivant dans différents types d'habitats précaires (squats, bidonvilles). Cette carte présente ces divers dispositifs et leur répartition sur le territoire. Il apparaît ici que les communes ayant le plus d'hôtels 115 sont Saint-Denis, Saint-Ouen-sur-Seine, Aubervilliers et Pantin, et que les communes les plus à l'est recensent moins de cinq hôtels sur leurs territoires. Concernant les CHU, nous constatons une concentration de ceux-ci autour des communes de Bondy, Villemomble et Les Pavillons-sous-Bois, avec l'exception de Montreuil plus au sud-ouest du département. Notons qu'une partie importante de ces structures fonctionnent « en diffus » via des appartements situés dans différentes communes dont l'emplacement n'est pas répertorié précisément.

Sur la thématique du logement, il est aussi intéressant de noter que quasiment toutes les communes de Seine-Saint-Denis comportent des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV) où les problématiques de précarité vis-à-vis de l'habitation sont particulièrement prégnantes³⁰.

Enfin, en dehors des structures officielles et des dispositifs proposés par l'État, tout un réseau d'habitats informels est présent sur le territoire, comme le montre le travail de recensement des habitats précaires (bidonvilles, squats, etc.) effectué par Action contre la faim en 2020. Un recensement plus ancien, en juillet 2018, dénombrait 1 960 personnes réparties sur 28 sites, notamment sur les communes de Montreuil, Bondy, Stains et Saint-Denis (DIHAL 2018). Ces zones, et leurs localisations, sont toutefois très mouvantes du fait des expulsions et démantèlements opérés régulièrement par les autorités et la police.

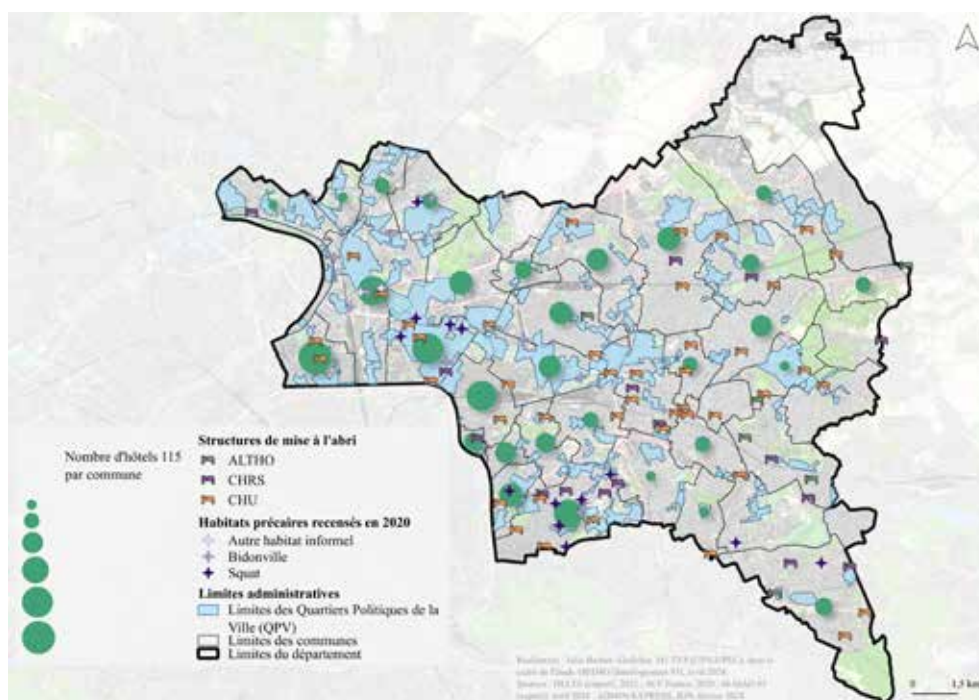
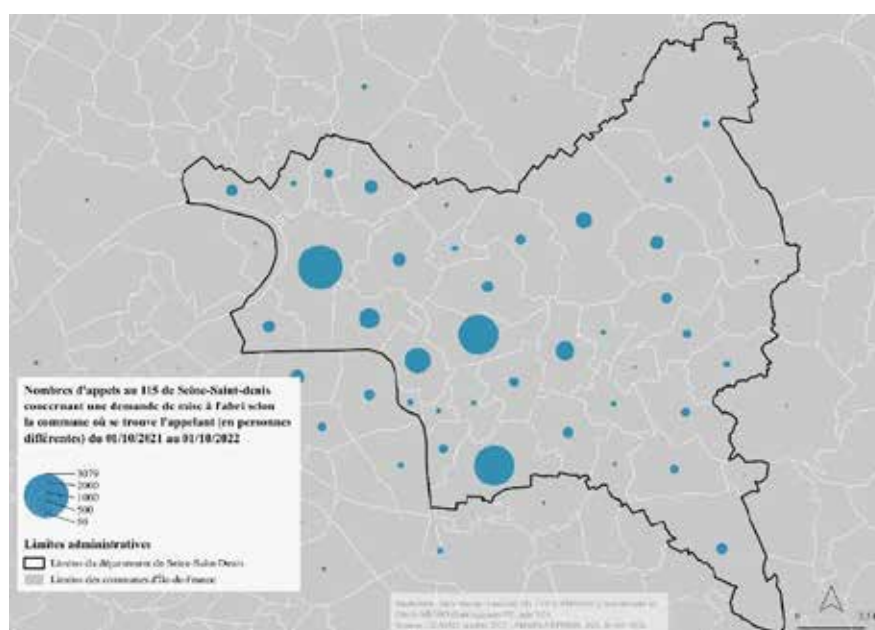


Figure 3 : Structures d'hébergement/logement par communes et recensement des habitats précaires (N. B. le nombre d'hôtel par commune a été retiré). Réalisation : J. Bastier-Guilcher, avril 2024

³⁰ Rapport annuel de l'Observatoire national de la politique de la ville, 2018.

• Les personnes en situation de rue

À présent, afin d'avoir une idée de la répartition des personnes à la rue, nous utilisons les communes des appels adressés au 115 de Seine-Saint-Denis. Les données des appels au 115-93 sur l'année 2021-2022 pour une demande de mise à l'abri concernant des personnes en situation de rue et qui appellent donc pour se signaler au 115 du département et ainsi bénéficier, s'il y a une place disponible, d'un endroit où dormir ce soir-là. Il ressort de la carte ci-dessous (**Figure 4**) une forte présence de demandes de mise à l'abri et donc de personnes sans-domicile sur les communes de Saint-Denis, Montreuil et Bobigny, avec un gradient d'ouest en est, allant d'une plus forte présence à une moins forte présence.



Toutefois cette donnée est à recontextualiser en prenant en considération le non-recours au 115 et le temps d'attente avant qu'un appel soit décroché, en augmentation constante³¹. Chaque jour une grande partie des appels reçus par le 115 ne sont pas décrochés et une autre partie importante des personnes qui auraient besoin d'une mise à l'abri n'appellent pas ou plus le 115³². L'indicateur utilisé ici présente donc certaines limites, mais permet néanmoins de donner une idée des communes les plus fréquentées par les personnes qui réussissent à joindre le numéro d'urgence.

³¹ Entre octobre 2021 et octobre 2022, le temps d'attente moyens des appels décrochés était par exemple de 50 minutes en juin 2022 et de 1 heure et 50 minutes en septembre 2022.

³² Une étude sur le non-recours au 115 est menée 2 fois par an depuis 2017 par les accueils de jour, le 115 et les EMA (Equipes Mobiles d'Aide) du département de Seine-Saint-Denis. L'édition de février 2024 a été menée auprès de 780 personnes, dont 210 étaient en situation de rue. L'étude révèle que quasiment 50 % des personnes potentiellement usagères du 115 n'y ont pas recours, il s'agit majoritairement d'hommes et de femmes isolé-e-s. La raison principale de ce non-recours est située dans la difficulté à joindre le 115 et l'absence de places disponibles (Service Observation sociale Interlogement93 - 2024).

• Les personnes précaires en recherche de ressources en santé

L'application Soliguide est un guide qui recense un grand nombre de lieux d'aide, en lien avec la localisation de la personne, classés par grandes catégories telle que l'alimentation, l'accueil, l'hygiène et le bien-être, l'hébergement et le logement, la santé, etc. La carte ci-dessous (**Figure 4**) indique le nombre de recherches en lien avec la catégorie « santé » de Soliguide par commune effectuées pendant l'année 2023. Les communes concentrant le plus de recherches sont Saint-Denis, Pantin et Montreuil, à l'ouest du département une fois de plus. C'est donc dans ces zones que se situent le plus de personnes précaires avec un besoin lié à la santé. Notons cependant que Soliguide est également utilisé par des professionnels accompagnants des personnes vulnérables et les données ne permettent pas d'identifier s'il s'agit recherches à partir de comptes de particuliers ou de professionnels. Les communes qui se démarquent sont de fait relativement plus dotées en professionnels exerçant en structures, associations et lieux ressources.

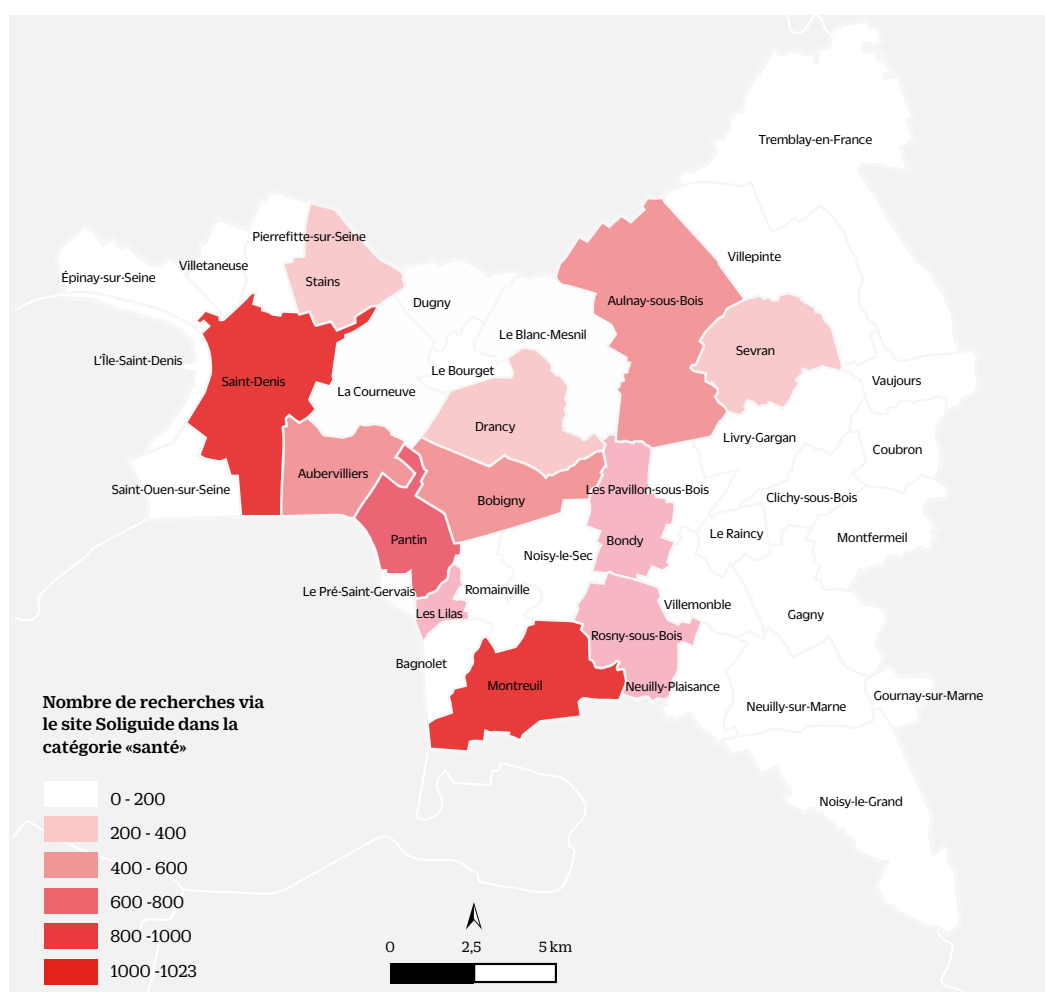


Figure 4 : Répartition des recherches de la catégorie « santé » par commune sur le site Soliguide.
Source : données Soliguide. Réalisation : P. Mary, septembre 2024.

Si on regarde à l'échelle de la région Île-de-France, la Seine-Saint-Denis est le deuxième département avec le plus grand nombre de recherches dans Soliguide concernant la catégorie « santé » en 2023, derrière Paris (8 231 recherches contre 23 861).

• Typologie de communes susceptibles de concentrer les besoins

L'inégale présence de personnes sans logement sur le territoire correspond à la répartition spatiale de la population précaire et vulnérable selon divers axes (santé, logement, socio-économique). La carte présentée ci-dessous (**Figure 5**) propose une typologie des communes du département selon ces différents critères (détails en Annexe 6). Les communes sont regroupées selon l'écart des différents indicateurs de précarité au niveau communal par rapport à la moyenne des indicateurs au niveau départemental.

Celle-ci se dessine de la même manière que précédemment : l'ouest du département, en particulier les communes limitrophes de Paris, concentre les communes appartenant à la catégorie la plus précaire, et donc une grande partie de la population étudiée. Cela est corrélé également à la présence plus importante d'associations (aide alimentaire, aide juridique, etc.) et de dispositifs prenant en compte ces populations (PASS, CMS avec une PASS de ville, accueil de jour) selon les politiques publiques mises en œuvre notamment par les communes. Ces dynamiques de répartition des structures et dispositifs disponibles sont ainsi en interrelation avec les publics sans logement, la présence de l'un entraînant la présence de l'autre, et réciproquement.

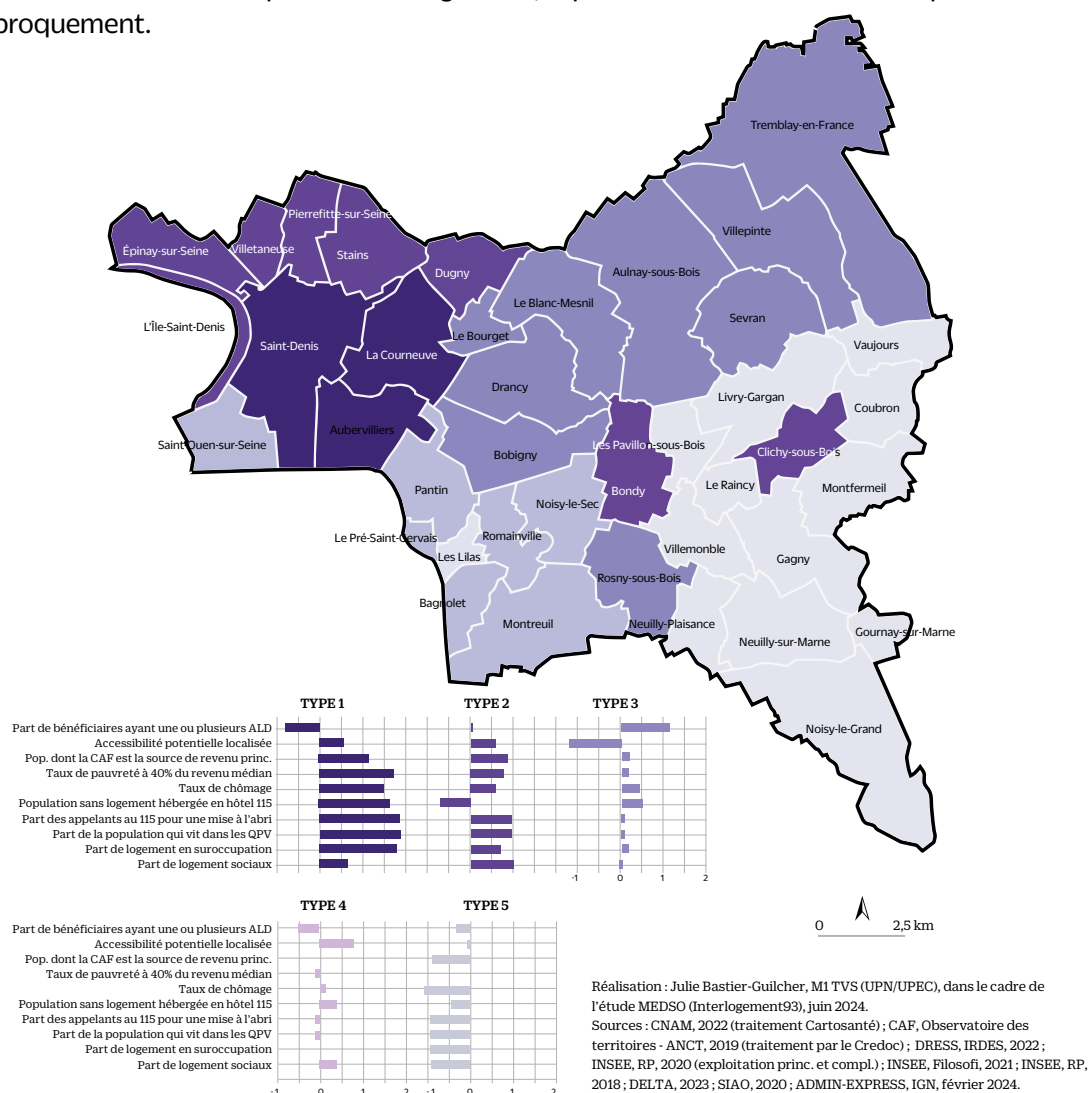


Figure 5 : Typologie des communes de Seine-Saint-Denis, selon une classification ascendante hiérarchique³³ à partir d'indicateurs de précarité socio-économique, sanitaire et résidentielle. Réalisation : J. Bastier-Guilcher, mai 2024.

³³ Le principe de la CAH est de rassembler des individus selon un critère de ressemblance défini au préalable qui s'exprimera sous la forme d'une matrice de distances, exprimant la distance existant entre chaque individu pris deux à deux. Deux observations identiques auront une distance nulle.

C - L'offre médico-sociale en Seine-Saint-Denis

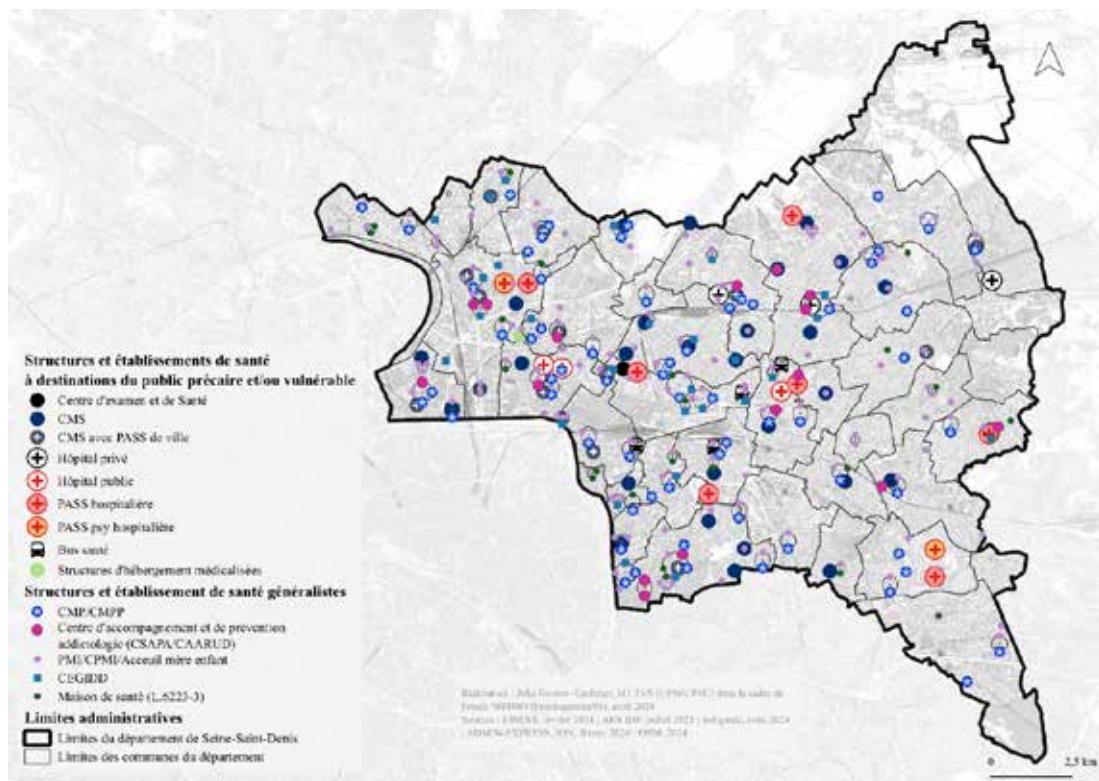


Figure 6 : Offre de soins à destination du public précaire et/ou vulnérable en Seine-Saint-Denis.

Réalisation : J. Bastier-Guilcher, avril 2024.

La carte ci-dessus (**Figure 6**) illustre l'offre sanitaire et médico-sociale répartie sur le département. La répartition des structures de soins à destination des personnes précaires est inégale sur le territoire. Nous constatons le peu de dispositifs et structures sur les communes limitrophes à la Seine-et-Marne, avec un seul CMS avec PASS de ville à Livry-Gargan et une PASS hospitalière à Montfermeil dans le secteur Est. De même, en comparaison avec les communes plus proches de Paris, à l'est du territoire, il apparaît qu'il y a moins de CMS par communes.

Cette répartition géographique de l'offre est cohérente avec celles des besoins présentés précédemment. L'est du département est moins doté en dispositifs médico-sociaux, mais il concentre également beaucoup moins de population susceptible de recourir à ces dispositifs.

Cette carte présente toutefois des limites, celles de ne pas rendre compte des « effets de bord ». Il est en effet primordial de prendre en compte lors de nos analyses l'existence de nombreux dispositifs et structures de soins à destination des publics précaires et sans-domicile sur la ville de Paris, qui bénéficie souvent de plus de visibilité et de communication auprès du public concerné. Il s'agit également d'un territoire très accessible en métro, facilitant ainsi les déplacements par rapport à d'autres destinations. La question de la mobilité et de l'accessibilité joue un rôle important dans les pratiques de recours aux soins des personnes (elle sera approfondie dans la Partie 3 II. B). Il faudra ainsi prendre en compte ces pratiques particulières du territoire en termes de santé lors des observations des réseaux d'acteurs des EMMS (Partie 2) ainsi que lors de l'établissement des parcours de santé/résidentiels des personnes accompagnées (Partie 3). Cela rejoint la question de l'aller-vers et du déplacement des professionnels plutôt que des personnes.

D - Les dispositifs mobiles pour l'accès à la santé

Ce n'est pas parce qu'il y a des dispositifs médicaux adaptés proches du lieu de vie que les individus y recourent forcément. Encore faut-il les connaître et être en mesure de s'y rendre. Étant donnée l'instabilité résidentielle du public précaire (changement d'hôtel, ballotage entre la rue et les structures) ou la vie en situation de rue de ces personnes, des dispositifs d'ordinaire ancrés dans des établissements de soins s'externalisent et deviennent des unités mobiles. Ainsi, plusieurs types de dispositifs mobiles concernant le public précaire existent sur le territoire et les EMMS se sont récemment ajoutées à ce maillage. Nous retrouvons par exemple les EMPP, dont la carte ci-dessous (**Figure 7**) présente la sectorisation. Celle-ci nous permet de constater que tout le territoire est couvert par ces équipes pluriprofessionnelles, principalement portées par Ville-Évrard, l'hôpital psychiatrique de Neuilly-sur-Marne, qui possède des antennes sur quatre communes du département. Le but de ces équipes est d'intervenir en première ligne pour des personnes précaires non suivies en CMP présentant des difficultés d'ordre psychiatrique, d'identifier des besoins non repérés et de les raccorder si nécessaire au droit commun, mais aussi d'opérer des actions de sensibilisation et de soutien auprès des acteurs du médico-social sur les thématiques psychiatriques.³⁴

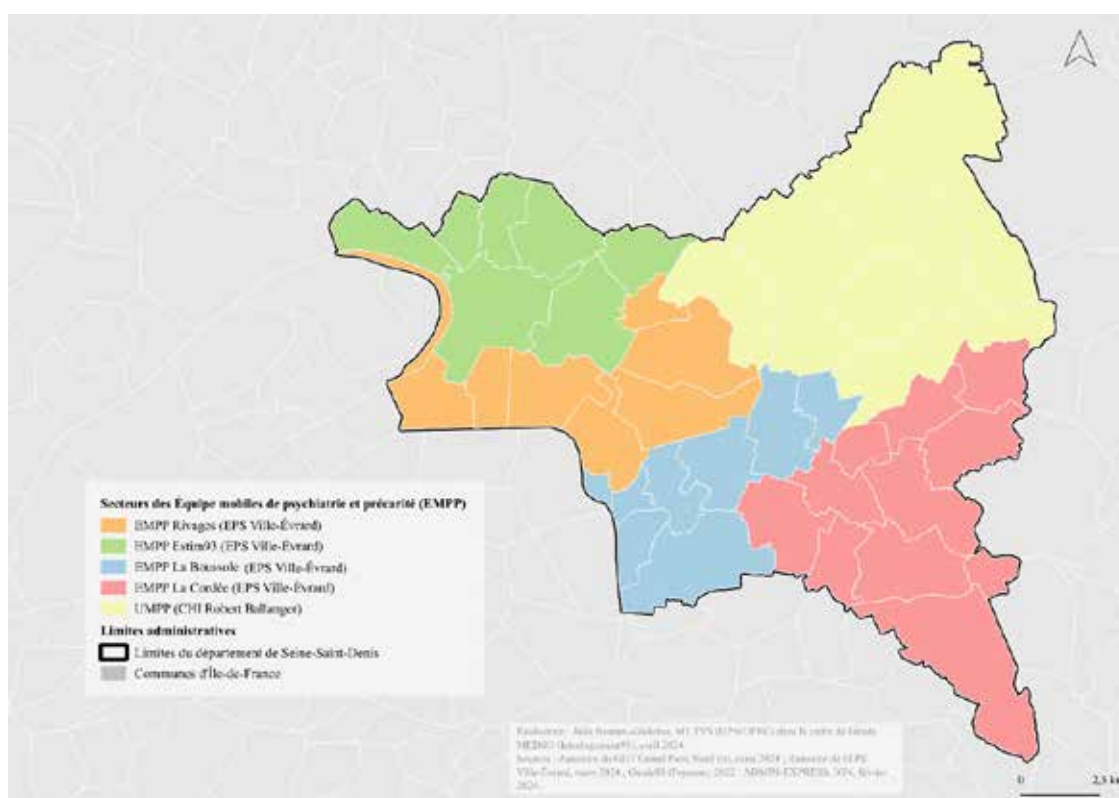


Figure 7 : Secteurs des EMPP sur la Seine-Saint-Denis. Réalisation : J. Bastier-Guilcher, avril 2024.

À ces équipes s'ajoutent d'autres dispositifs pluriprofessionnels implantés sur le territoire de Seine-Saint-Denis. C'est le cas de l'équipe mobile de PMI, qui a pour objectif, en plus des missions propres aux PMI, l'ouverture des droits en santé des femmes enceintes. Les PMI classiques fonctionnent sous un principe de gratuité, accueillant un public large pour des suivis de grossesses et de l'accompagnement autour de la périnatalité et de la protection de l'enfance, autant pour des problématiques somatiques que psycholo-

³⁴ Le cahier des charges détaillé des EMPP 2024 est accessible par le lien suivant : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_des_charges_empp.pdf

giques. L'équipe mobile de PMI mise en place dans le département a vocation à aller sur le terrain rencontrer le public précaire, spécifiquement dans les bidonvilles, afin d'identifier les femmes enceintes non suivies pour les raccrocher à une PMI de secteur, de procéder aux vaccinations sur site, mais aussi de proposer un accompagnement social. Elle est portée par le Conseil Départemental et est composée d'infirmières, d'une sage-femme, d'une médiatrice en santé et d'une puéricultrice, et agit sur tout le territoire.

Une autre initiative a vu le jour sous l'impulsion de l'hôpital Jean Verdier, à Bondy. Il s'agit de la PASS Mobile, appelée également Bus Santé, qui effectue actuellement des permanences dans quatre communes : Bobigny, Bondy, Pantin et Noisy-le-Sec (voir les lieux de permanences sur la Figure 6). Ses missions consistent à proposer des consultations de médecine générale, des soins infirmiers, du dépistage, en parallèle d'un accompagnement et d'un suivi dans l'ouverture des droits de santé. L'équipe comprend un médecin et une infirmière pour l'aspect santé ainsi qu'une assistante sociale et un médiateur en santé pour le volet social.

Bien que l'inégale répartition des dispositifs médicaux pensés pour les personnes précaires semble s'accorder avec la répartition de ces dernières sur le territoire, 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. Cela participe aux difficultés d'orientation des personnes avec des problématiques de santé vers des structures, d'hébergement notamment, qui n'ont pas les ressources internes pour les prendre en charge correctement. C'est pourquoi des dispositifs mobiles d'« aller-vers » ont été créés, et c'est dans cette dynamique que s'inscrit la création des équipes mobiles médico-sociales, objet de notre étude.

II. « Aller-vers » un nouveau dispositif : les équipes mobiles en Seine-Saint-Denis

Une fois le contexte de la Seine-Saint-Denis posé, notre intérêt se porte désormais sur la mise en place des EMMS. Il s'agit de montrer que le besoin de ces équipes était déjà repéré, comme en témoignent des dispositifs préexistants, et que l'existence de certains dispositifs au sein d'associations porteuses d'EMMS a déterminé des modes d'action. Enfin, nous étudierons quels ajustements ont été nécessaires quand la réalité du terrain au moment de la mise en place des équipes n'est pas celle imaginée en amont.

A - Quand la mesure 27 s'inscrit dans le 93

Les EMMS ont été créées dans le cadre du Ségur de la Santé en 2021 par le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021, mesure « 27 ». Ce décret s'inscrit dans l'objectif 1.3 du PRAPS (Plan régional d'accès à la prévention et aux soins) de 2018-2022 d'Île-de-France, qui consistait à « Développer les actions d'aller-vers auprès des populations les plus éloignées du système de santé ».

• *Un dispositif qui s'inscrit dans une dynamique préalablement amorcée et qui permet de passer à une échelle supérieure*

Tout d'abord, les dispositifs d'« aller-vers » existent depuis de nombreuses années³⁵. Dans le champ de la santé, en Île-de-France particulièrement, plusieurs actions d'« aller-vers » impliquant des équipes pluri-professionnelles à destination de public précaire préexistent à la création des EMMS. D'une part, dans le cadre de l'expérimentation « EMA / ESI », les EMA³⁶ (équipes mobiles d'aide) du Samu social de Paris sont créées en 1993 et sont composées d'un-e chauffeur-se accueillant-e social-e, d'un travailleur-se social-e et un-e infirmier-e. Elles sont pérennisées après de nombreuses années dans le cadre des financements des EMMS et en constituent un cas très particulier :

« Le 75 c'est un peu particulier, le principe même des équipes mobiles de la mesure 27 en aller-vers vient concrétiser l'expérimentation depuis 1986 des EMA et des ESI, c'était important de les pérenniser »
ARS Île-de-France.

En 2019, l'ARS publie un référentiel dédié à la conception et la mise en œuvre d'actions d'aller-vers auprès des personnes en situation de grande précarité. D'autre part, l'ARS Île-de-France avait financé des actions ponctuelles de vaccination contre la Covid, ainsi qu'une expérimentation dans les Hauts-de-France et en Île-de-France portant sur la question de l'accompagnement au soin en hébergement par un binôme infirmier-e et travailleur-se social-e, qui participe à poser les bases de ce que seront ensuite les EMMS.

³⁵ Baillergeau et Grymonprez, « "Aller-vers" les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales ».

³⁶ Les équipes de nuit du Samu social de Paris sont composées de professionnels qui se rendent d'abord aux endroits où une personne a été signalée par des associations, institutions ou particuliers via le 115. Elles sillonnent également la ville et s'arrêtent lorsqu'elles repèrent une personne en situation de détresse sociale. Elles évaluent l'aide dont la personne a besoin et proposent boissons chaudes, duvets, vêtements.

« L'ARS [Île-de-France] présente un historique assez riche de partenariats associatifs avec des équipes qui font de l'aller-vers pour soins infirmiers notamment avec des migrants, par exemple à Calais pendant des démantèlements de camps en 2015, à La Chapelle à Paris pendant la crise de la Covid. [...] La dimension santé était indispensable à ce moment-là, pour avoir un premier contact avec la santé, un bilan infirmier » **ARS Île-de-France.**

Des dispositifs similaires d'aller-vers avaient donc déjà été financés par l'ARS Ile-de-France, mais les EMMS sont d'une nouvelle ampleur :

« le Ségur a permis un vrai changement d'échelle » **ARS Ile-de-France.**

• Le constat de la problématique de la santé dans les structures

En Seine-Saint-Denis, des porteurs d'EMMS avaient constaté un besoin d'accompagnement à la santé et de soins directs, notamment dans les structures d'hébergement. En effet, ces dernières doivent assurer une certaine « fluidité » (favoriser les réorientations vers des solutions de logement intermédiaire ou de logement pérenne pour libérer de nouvelles places) et les problématiques de santé impactent, dans certains cas, la capacité d'une personne à accéder à un logement autonome. Cela est à mettre en lien avec le manque de places en structures médico-sociales (LHSS, LAM, ACT), beaucoup plus coûteuses, qui seraient souvent plus adaptées. Ainsi, les accompagnants et accompagnantes sociales doivent prendre en compte la dimension santé dans leurs accompagnements auprès des personnes, et se heurtent parfois à certaines difficultés. Les équipes mobiles ont pour vocation de pallier ces difficultés, favorisant ainsi l'acceptation par les structures généralistes de publics avec des problématiques médicales.

« On a des personnes qui sont très éloignées de la santé. Certaines femmes sont là faute de solution, mais elles auraient vraiment dû être dans un établissement médicalisé. Ça peut être très dur au niveau de la cohabitation. » **Responsable d'une structure d'hébergement du 93.**

Interlogement93 a objectivé ces difficultés en 2019 dans une enquête effectuée auprès des structures d'hébergement de Seine-Saint-Denis³⁷ : 58 % des personnes hébergées seraient concernées par des problèmes de santé somatique. De plus, dans une autre enquête réalisée au premier trimestre 2024, Interlogement93 objective le fait que 37 % des répondant·e·s au questionnaire (accueils de jour et structures d'hébergement de Seine-Saint-Denis) déclarent rencontrer « souvent » des situations de santé complexes et 42 % « quelques fois³⁸ ».

« On constatait en tant que SIAO, via les données en termes de fluidité ou les retours des professionnels [...] que la santé prend énormément de place dans les difficultés rencontrées par les professionnels : des difficultés d'accès aux soins sur le territoire, une volonté d'intervention directe pour les personnes et aussi un besoin de soutien aux professionnels du social qui se retrouvent parfois en difficulté pour travailler avec les professionnels de santé » **Responsable de pôle, Interlogement93.**

³⁷ Interlogement93, « La santé des personnes accueillies en structures d'hébergement en Seine-Saint-Denis, Service Observation Sociale »

³⁸ Interlogement93, « Ressources et besoins en santé des structures d'hébergement et des accueils de jour en Seine-Saint-Denis ».

« En 2005, on a remarqué de moins en moins de places d'hébergement donc plus de problématiques travaillées en rue, notamment la santé. [...] En 2016/2017 ça s'est transformé en « pôle santé », car même les structures d'hébergement de notre groupement avaient des soucis au niveau de la santé. L'ARS est venue voir plusieurs fois le fonctionnement. » **Cheffe de service, EMSP Hôtel Social 93.**

Grâce à la concertation et à la diversité des acteurs, les besoins identifiés ont pu être remontés et le projet adapté. En effet, un appel à manifestation d'intérêt³⁹ a été publié, ce qui a donné un espace d'expression formel aux acteurs de terrain et a permis de « tester l'adhésion des acteurs associatifs » **ARS Île-de-France..** À cela se sont ajoutées des réunions d'échanges moins formelles entre acteurs de terrain et ARS, ainsi qu'entre l'ARS-DD93 et la DRIHL 93.

« On était en réflexion avec la DRIHL pour le public AHI, et en contact avec Interlogement93 à ce moment-là pour la vaccination Covid auprès des plus précaires. [...]. On a eu un certain nombre de réunions en amont avec les opérateurs. C'est intéressant d'avoir des opérateurs du social, car ce sont eux qui connaissent le mieux les publics les plus précaires, et notamment pendant la Covid où ils ont remarqué les problématiques de santé. Ils étaient en attente de ça [des EMMS]. » **ARS-DD93.**

On constate dans le témoignage de la cheffe de service de l'EMSP d'Hôtel Social cité ci-dessus que les initiatives mises en place dès 2005 ont intéressé l'ARS. Cela est à souligner dans un contexte où la consultation des acteurs de terrain n'est pas toujours un réflexe dans la constitution des politiques publiques, particulièrement pour des échelles départementales ou infra-départementales, alors que leur expertise territoriale est difficilement contournable.

« J'insiste quand même sur la nécessité de faire un diagnostic. Avoir des appels à projet de déploiement de dispositifs comme ça au niveau national, c'est intéressant, mais parfois, en fonction des territoires, on peut avoir des problématiques qui sont un peu plus spécifiques. [...] Et donc, associer les acteurs de terrain quand il y a des projets de ce genre. Ce n'est pas parce qu'on associe les acteurs qu'on est obligé d'écouter tout ce qu'ils disent, mais des fois, ils ont des choses intéressantes à dire. Et notamment dans une ère où on commence à avoir beaucoup de données en tant que SIAO, on en compile énormément donc on a de la connaissance qui, souvent, n'est pas analysée et on a vraiment vocation à mieux connaître notre territoire et ses besoins pour déployer des dispositifs qui y correspondent. » **Membre de la direction, SIAO 93**

• Hétérogénéité des équipes généralistes

L'ensemble que l'on appelle ici « EMMS » n'est pas homogène. Parmi les dispositifs financés en Seine-Saint-Denis suite à cet AMI se trouvent des EMSP, une ESSIP, des ACT hors les murs et un LHSS hors les murs spécialisé en périnatalité. Cette diversité de dispositifs a été pensée par l'État, car l'objectif était de garder un fort caractère généraliste sur le public cible et de laisser une liberté d'action aux acteurs. L'ensemble de ces dispositifs permet de répondre aux besoins en termes de coordination et d'accompagnement de soins d'une part et de soins directs d'autre part.

³⁹ Un Appel à manifestation d'intérêt est une procédure utilisée par les organismes publics (État, collectivités territoriales, établissements publics) pour identifier des acteurs économiques (entreprises, associations, etc.) susceptibles d'être intéressés par un projet ou une problématique qu'ils souhaitent mettre en œuvre. Il se situe en amont d'un marché public ou d'un appel à projet et agit comme une phase exploratoire. Il permet à l'organisme public de sonder le marché et de recueillir des informations précieuses pour la suite de son projet.

« Certains projets reçus étaient trop orientés addicto ou psy, ce ne sont pas des EMPP ou CSAPA, il ne faut pas mélanger tous nos dispositifs. On a déjà beaucoup de dispositifs inconditionnels sur ces sujets. Autant qu'on peut on veut rester généralistes. À part pour la périnatalité, c'est un vrai choix de spécialité, car la problématique des femmes et des enfants à la rue est tellement violente, c'est la seule exception souhaitée, pas d'addicto ni de santé mentale. » ARS Île-de-France.

Ainsi, le projet des EMMS s'inscrit dans la continuité des dispositifs d'aller-vers en santé à destination des populations les plus pauvres, et a été impulsé au niveau régional après certains constats. Les besoins identifiés sur le terrain au niveau départemental ont pu être remontés grâce aux nombreux échanges et à l'appel à manifestation d'intérêt. L'hétérogénéité de l'ensemble des EMMS, pensée et encouragée par les financeurs, se trouve accentuée par la singularité de chaque porteur de projet et de son historique en ce qui concerne l'accompagnement à la santé des personnes précaires. En effet, les structures porteuses des EMMS agissaient déjà toutes de façon plus ou moins importantes et pérennes pour la santé des personnes précaires du territoire. La mesure 27 du Ségur a donc permis de pérenniser, professionnaliser et augmenter la capacité d'action de ces acteurs.

Pour rappel les EMMS créées sont les suivantes :

- Une EMSP portée par Interlogement93
- Une EMSP portée par Hôtel Social 93
- Une EMSP portée par le Groupe SOS
- Un LHSS mobile spécialisé périnatalité, porté par le Groupe SOS, appelé « Ovale »
- Une équipe ACT hors les murs portée par Aurore
- Une ESSIP porté par La Main Tendue

Une deuxième équipe ACT hors les murs portée par Emmaüs Alternative a été créée en janvier 2024 et a démarré son activité en septembre 2024 du fait de difficultés de recrutement.

Bien qu'hétérogènes, les équipes sont liées par la régulation, facilitant ainsi la mise en lien dès le début de la mise en place du dispositif. 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 ; communiquer aux partenaires les missions des EMMS ; et coordonner ces dernières. Il ne s'agissait pas d'une obligation réglementaire, c'est bien l'ARS-DD93 qui a décidé de la création de cette dernière, structurant ainsi l'organisation des EMMS d'une certaine manière qui aurait pu être toute autre sans l'existence de la régulation. Ce point est développé dans le I. de la Partie 2.

B - Quand le passé se conjugue au présent : s'appuyer sur l'existant pour construire un nouveau dispositif

Les EMMS n'ont pas été créées ex nihilo et imaginées sans expériences préalables par les porteurs de projet de Seine-Saint-Denis. Lors des choix opérationnels effectués par chacun-e, l'historique des dispositifs initialement portés en lien avec la santé a fortement impacté la conception et la mise en place de ces nouvelles équipes mobiles. L'hétérogénéité et l'autonomie des EMMS s'illustre donc par des différences

en termes d'anciens dispositifs portés, d'expertise par rapport à un type de public, de choix par rapport à la composition des équipes et aux zones géographiques couvertes.

• Des différences d'expérience et de statut : les « historiques » vs les « nouveaux » établissements médico-sociaux

L'exemple d'Interlogement93 :

L'association Interlogement93, porteuse du SIAO 93, appartient au secteur du social. Une première particularité réside dans le fait que la DRIHL 93 a financé lors de la création du SIAO 93 en 2010 un poste de chargé de mission santé, préfigurant ainsi une certaine interdisciplinarité par l'intervention du SIAO dans le champ de la santé. Interlogement93 a bénéficié par la suite du soutien de l'ARS-DD93 sur des missions santé, notamment en lien avec l'hébergement des femmes enceintes et sortantes de maternité, ce qui n'est pas le cas de tous les SIAO. De plus, deux postes infirmiers étaient financés par l'ARS-DD93 au sein même du SIAO pour intervenir auprès des publics hébergés rencontrant des difficultés dans leur parcours de soin. La création de l'EMSP en tant qu'établissement médico-social à part entière a permis le transfert des postes infirmiers initialement portés par le SIAO vers la nouvelle équipe mobile. De plus, Interlogement93 porte la régulation-coordination des EMMS, mais au niveau du SIAO 93 et non de l'établissement médico-social. Cela s'inscrit dans la même logique de centralisation qui est au fondement des SIAO.

Notons que le fait qu'Interlogement93 soit catégorisé dans le « social » est plus lié au fait qu'il s'agisse d'une fédération d'associations du social et de l'hébergement qu'au fait que ce soit l'association porteuse du SIAO 93. À Paris par exemple, le Samu Social, porteur du SIAO 75, s'est historiquement construit sur une base de salarié-e-s dont une partie importante était des travailleur-se-s du domaine médical et paramédical, en s'inspirant du SAMU médical⁴⁰.

L'exemple d'Aurore :

Le service de l'association Aurore en charge des ACT hors les murs porte en Seine-Saint-Denis des ACT en diffus et un Centre d'Hébergement et de Stabilisation (CHS) spécialisé en réduction des risques et addictions pour consommateurs actifs. La réponse à l'appel à projet a été très fluide :

« C'était très facile de réfléchir au projet, car on a l'expérience des ACT » **Cheffe de service, Aurore.**

Ces deux exemples illustrent bien les deux catégories d'opérateurs d'EMMS qui se dessinent en Seine-Saint-Denis (**Figure 8**) :

- **Les « historiques »**, pour reprendre l'expression utilisée dans la citation de l'ARS ci-dessous : durablement implantés dans le médico-social (en parallèle d'autres actions), avec de l'expérience en équipes de soins infirmiers ou en structures de soins résidentiels et un long partenariat avec l'ARS-DD93. Cette catégorie concerne : Aurore et ses ACT hors les murs, La Main Tendue et son ESSIP, le Groupe SOS et son EMSP et LHSS hors les murs périnatalité, Emmaüs et son ACT hors les murs.

⁴⁰ Cefai et Gardella, *L'urgence sociale en action*. : « Xavier Emmanuelli a encadré l'urgence sociale dans un modèle de l'urgence médicale et de la médecine humanitaire sur les fronts de guerre [...] L'une des sources d'inspiration du Samu Social de Paris est le SAMU médical, plus exactement le SAMU 94, à la création duquel Xavier Emmanuelli a participé [...] »

- Les « nouveaux », qui viennent du secteur du social, sans structures médico-sociales, mais avec néanmoins des activités concernant la santé à la marge de leurs activités principales financées sur des subventions moins importantes et non pérennes. C'est le cas d'Interlogement93 et d'Hôtel Social 93.

Les porteurs «historiques»	Les «nouveaux» porteurs
Aurore (ACT hors les murs)	Interlogement93 (EMSP)
La Main Tendue (ESSIP)	Hôtel Social 93 (EMSP)
Groupe SOS (EMSP, LHSS mobile périnatalité)	
Emmaüs Alternatives (ACT hors les murs)	

Figure 8 : Catégorisation des associations porteuses des EMMS en Seine-Saint-Denis, réalisation : Pauline Mary.

« C'est intéressant d'avoir des nouveaux acteurs qui rentrent dans le secteur. Le mobile a permis d'avoir de nouveaux entrants. Sans ça je n'aurais pas connu Interlogement93, Hôtel social 93. Évidemment il y avait les acteurs historiques, mais l'ambition qu'on avait était d'avoir des nouveaux acteurs. » **ARS Île-de-France.**

Étant données leurs natures différentes, les associations porteuses de projet n'ont pas vécu les mêmes changements réglementaires lors de la mise en place des EMMS. Pour les structures déjà porteuses de LHSS et ACT qui souhaitaient postuler pour ouvrir un LHSS hors-les-murs ou un ACT hors-les-murs, elle devaient répondre à un Appel à candidature. Une extension de leur nombre de places était ensuite fixée par un arrêté d'autorisation. Tandis que pour les structures sans établissements médico-sociaux préexistants ou ceux souhaitant candidater à la création d'une EMSP ou d'une ESSIP, il fallait répondre à un appel à projet, voire créer un statut d'établissement médico-social. Notons cependant que le Groupe SOS, porteur d'un ACT, a trouvé plus adapté aux besoins du territoire le fait de porter une EMSP et non un ACT hors les murs.

« Pour les LHSS mobiles et les ACT hors les murs on va faire par voie d'extension pour aller très vite et on lance l'appel à projet pour les EMSP et les ESSIP, c'est plus lourd réglementairement. Donc il y a deux volets : les extensions et l'appel à projet. » **Directrice-adjointe à la santé publique, ARS Île-de-France.**

• **Des choix en ressources humaines différents : quelle composition de l'équipe et quel impact des dispositifs de santé préexistants ?**

L'impact des expériences passées dans l'accompagnement de personnes précaires vers la santé se constate également au niveau des choix des professions présentes au sein des équipes et de leur répartition. En effet, seul le caractère pluriprofessionnel des équipes étant indiqué dans le document de cadrage, plusieurs choix ont été effectués pour les professions incarnant cette pluridisciplinarité. Nous nous situons ici sur les choix effectués au début de la mise en place des EMMS, ces équipes étant en évolution constante.

D'abord, pour toutes les EMSP, c'est travailler avec un binôme travailleur-se social-e / infirmier-ère qui a été imposé par l'ARS, avec quelques variantes possibles. Chez Interlogement93, où le poste de la coordinatrice de l'EMSP est financé pour 0,5 ETP, le choix a été fait d'avoir 1 ETP en complétant avec une autre source de financement (projet santé fond d'intervention régionale de l'ARS-DD93). La personne qui occupe ce poste est celle qui occupait le poste d'infirmière coordinatrice de soins complexes du SIAO, dispositif qui a été transformé en EMSP. Concernant l'EMSP d'Hôtel Social, en plus du binôme de base assistante sociale / infirmière, un médecin est présent un jour par semaine, et effectue des consultations ponctuellement, débloque des situations, donne un avis. Il n'a pas vocation à suivre les personnes. La présence de ce médecin, financée à hauteur d'un jour par semaine, s'explique par la préexistence de la maraude médicale, qui a été transformée en EMSP, dans laquelle ce même médecin était bénévole. Des habitudes de travail étaient déjà présentes. Le terme « maraude » est d'ailleurs fréquemment utilisé par les salariées de cette EMSP pour décrire leur activité lors des déplacements vers les personnes suivies. Dans les autres EMSP ce choix n'a pas été fait :

« Dans notre exercice qui consiste plutôt à de la coordination, un médecin n'aurait peut-être pas eu tant de plus-value. À part pour peut-être aider vis-à-vis des autres médecins. » Coordinatrice, EMSP.

De plus, le temps de médecin a disparu du cahier des charges des EMMS du fait de la difficulté à recruter un médecin. Du côté de l'EMSP du groupe SOS, le binôme reste théorique puisque seul le poste de l'infirmière est pourvu. Nous développerons la problématique du recrutement plus bas (II. C).

L'équipe d'Aurore des ACT hors les murs, dont l'action est proche des EMSP, mais avec une spécificité maladies chroniques, fonctionne avec un binôme psychologue / infirmier. Cela s'explique par le choix de la mutualisation des équipes : tous les salariés (travailleur.se.s sociaux, infirmier.e.s et psychologues) suivent des personnes présentes soit en ACT classique, soit en ACT hors les murs, soit dans le CHS spécialisé addictions. Or la place du psychologue est importante dans la culture d'Aurore, dans les ACT et le CHS :

« Le déploiement s'est fait en continuité pour des personnes qui ont déjà l'expérience de l'accompagnement psycho-social, c'était évident » Cheffe de service – Aurore

Pour l'équipe Ovale LHSS hors les murs (Groupe SOS), du fait de la spécialité sur la périnatalité, c'est un binôme travailleuse sociale / sage-femme qui prévaut.

Concernant l'ESSIP, dont l'activité se distingue nettement des autres EMMS, l'équipe est constituée, en juillet 2024, d'une infirmière coordinatrice, de 3 aides-soignantes, de 2,5 infirmières, d'une infirmière en congé parental et d'un poste d'infirmière à pourvoir occupé par une infirmière intérimaire. L'association infirmière / aide-soignante constitue le binôme le plus fréquent pour cette équipe. Pour cette équipe, le cahier des charges n'imposait pas la présence d'un travailleur social au sein de l'équipe.

Point de vigilance

Les effectifs des EMMS ont déjà connu plusieurs modifications depuis leur lancement. Il est donc impossible à l'heure actuelle de figer le nombre d'ETP et les professions présentes dans chaque équipe pour une longue durée, bien que les grandes tendances soient stables. À titre d'exemple, l'équipe Ovale périnatalité du Groupe SOS avait 0,5 ETP de travailleur·se social·e et l'EMSP de la même structure avait 1,5 ETP de travailleur·ses social·es. Le choix a finalement été d'1 ETP dans chacune des équipes. Ou encore, à la suite du financement de plusieurs psychologues pour les acteurs de la veille sociale en Seine-Saint-Denis, une psychologue rejoindra l'EMSP d'Interlogement93 à la fin de l'année 2024. De même, l'ESSIP de La Main Tendue avait déployé une deuxième infirmière coordinatrice à la suite d'une extension du nombre de places financées pour finalement n'en garder qu'une. La composition des équipes s'ajuste en fonction des financements, mais peut aussi dépendre des services qui sont développés (ou non) en parallèle sur le territoire. L'objectif n'est pas de « se marcher sur les pieds » en proposant des apports similaires auprès des mêmes publics.

• Quel impact de la spécificité du porteur de l'EMMS sur la zone géographique et le public accompagné ?

« Il a fallu se mettre d'accord sur un maillage géographique. Chaque équipe a ses spécificités : Groupe SOS a une compétence territorialisée, Interlogement93 c'est l'hôtel, avec la PASH, Hôtel social avait une maraude médicale, La Main Tendue c'est le médico-social... ça a été discuté avec chaque opérateur, rien n'a été imposé. » **ARS-DD93.**

Chaque association porteuse d'une EMMS a discuté de son territoire d'intervention avec l'ARS-DD93. C'est en fonction de leur expertise et de leur vision que les opérateurs ont identifié une carte d'intervention (**cf Figure 9**) : Interlogement93 et Hôtel Social 93, habitués à intervenir sur toute la Seine-Saint-Denis, ont gardé cette vision départementale. De même pour l'ESSIP, mais avec la fréquence quotidienne des visites pour les soins de nursing, le territoire s'est avéré trop large à parcourir et la division du territoire en deux (est/ouest) a été discuté pendant la première année d'activité, chose qui est mise œuvre en 2024 suite à une augmentation du nombre de places. Le Groupe SOS a des ACT et des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) implantés à Saint-Ouen et trouvait pertinent de rester dans cette zone, en englobant des communes proches. Les ACT hors les murs d'Aurore, qui interviennent à l'est du département du fait d'une implantation au Raincy, vont agir en complémentarité avec un second dispositif ACT hors les murs porté par Emmaüs (à Montreuil) à partir de la fin de l'année 2024 qui couvrira la partie ouest.

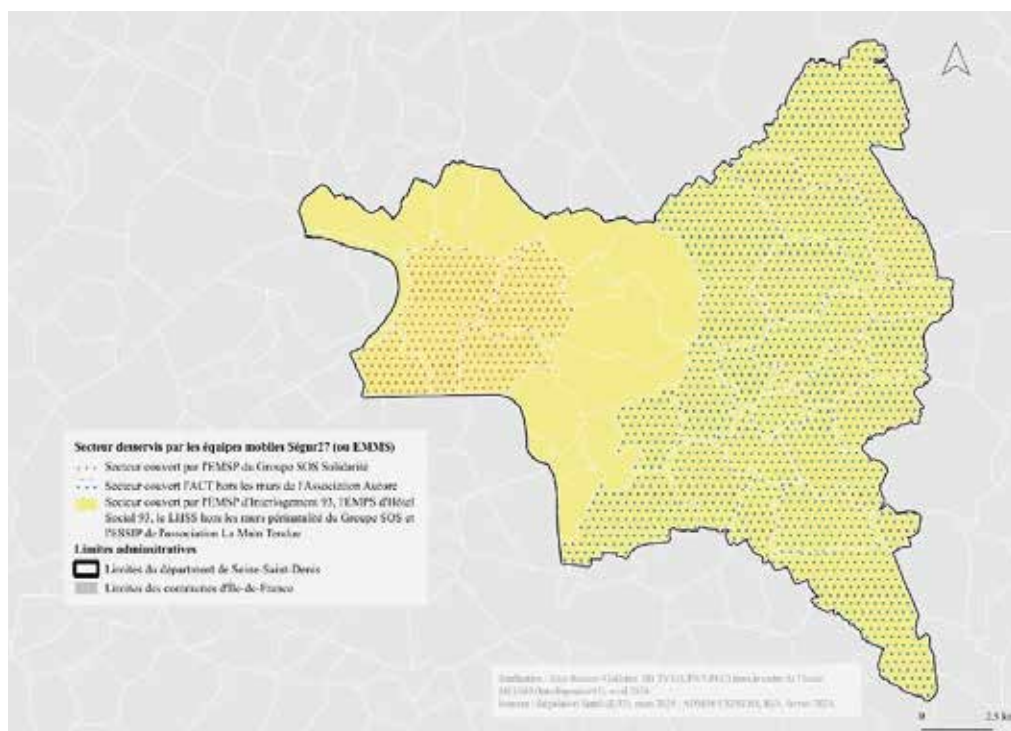


Figure 9 : Secteurs des EMMS de Seine-Saint-Denis en 2023. Source : Régulation santé, Interlogement93. Réalisation : J. Bastier-Guilcher, 2024.

Bien que les demandes entre EMSP soient censées être interchangeable d'une structure à l'autre, afin qu'en cas de saturation d'une équipe la régulation puisse demander à une autre de prendre le relais, les immersions montrent que certains opérateurs sont associés à des publics en particulier. C'est le cas d'Interlogement93 avec les personnes à l'hôtel et d'Hôtel Social avec les personnes à la rue par exemple.

« Si elle est à l'hôtel c'est Interlogement qui sera prioritaire ! » Une salariée d'une autre EMSP à propos d'une demande d'un partenaire concernant une personne à l'hôtel (immersion printemps 2024).

Si l'on se penche sur ce qui a été fait dans quelques autres départements d'Île-de-France, on constate des dynamiques parfois plus marquées. En Seine-et-Marne par exemple, les associations porteuses d'EMMS interviennent auprès des publics pour lesquelles il y a une réelle expérience, mais dans le cadre d'une répartition explicite en l'absence d'une instance régulatrice :

« On est la seule asso du nord du département à intervenir dans les squats et bidonvilles donc on a gardé cette spécificité-là [...] Comme on est deux équipes dans le nord, l'idée c'est que les interlocuteurs savent qui saisir, qu'on évite les doublons et qu'on se soutienne l'une l'autre si besoin dans les congés ou si il y a une intervention commandée par l'ARS. » Coordinatrice, EMSP 77.

En effet, l'avantage de zones géographiques communes entre les EMMS favorise l'interchangeabilité entre les équipes, à l'inverse des EMPP par exemple dont les secteurs géographiques sont clairement définis. Pour autant, la question d'un « zonage », du moins entre EMSP, avait été posée.

« C'est un peu toujours les mêmes villes où on se rend. Mais heureusement qu'on fait tout le 93, car si on restait dans un secteur on ne tournerait pas. [...] On en avait parlé avec une autre EMSP : une question à la base des bases, au lieu de faire 3 équipes, mais au lieu de faire 3 équipes il faudrait un grande équipe sur les mêmes secteurs, c'est compliqué. » **Infirmière, EMSP.**

« Sur certains départements c'est l'ARS qui a donné les consignes de découpage et ici ce sont les porteurs qui ont choisi. Si une équipe n'est pas là l'autre peut intervenir. C'est beaucoup plus facile en période de congés, c'est vraiment bien. Il y a des limites c'est sûr. Il y a deux ans j'aurais dit oui c'est bien la répartition par secteur, c'est clair pour les partenaires, comme les EMPP. Le fait qu'il y ait une régulation ça aide pour cela, s'il n'y a pas de régulation pourquoi pas. Je ne suis pas objective, un autre acteur ne dirait pas forcément la même chose. C'est vrai que ce n'est pas très lisible mais il y a la régulation donc ça passe. Et maintenant avec le recul c'est plus simple de pouvoir orienter vers une équipe quand une autre ne peut pas. » **Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93.**

Que ce soit dans la mise en place sur le plan administratif et réglementaire, dans la constitution de l'équipe, sur le fait de porter ou non la régulation des équipes, au niveau du choix du secteur géographique ou à propos des représentations (réelles ou accentuées) « d'un public cible », le poids de l'expérience vis-à-vis du soutien à la santé des personnes les plus exclues du soin des porteurs des EMMS est incontestable.

C - Quand les imprévus s'invitent, le difficile passage de la théorie à la pratique

Au moment de la concrétisation des EMMS, force est de constater que différents éléments pensés en amont ne se concrétisent pas comme cela a été imaginé. C'est le cas pour le rythme du démarrage plus lent qu'attendu, le recrutement, les protocoles réglementaires difficilement applicables, le reporting et les outils, peu adaptés à l'activité des EMMS, et enfin la difficile harmonisation des missions entre les équipes.

• Démarrage prudent et difficultés de recrutement

« Entre le projet et le montage de l'équipe, le démarrage et la montée en charge ont quand même été très lents. Il y a eu beaucoup d'étapes intermédiaires avant de pouvoir se lancer. Interlogement93 a eu peur de lancer la diffusion auprès des partenaires trop tôt, ils avaient commencé par leur réseau. Toutes les équipes n'étaient pas constituées à ce moment-là. Il y a eu beaucoup d'échanges, de réunions avant de vraiment y aller. Ça me fait penser à la mise en place des DAC [Dispositifs d'appui à la coordination]⁴¹ : il y avait exactement les mêmes craintes au départ, avec le fait qu'il y a tellement de situations complexes en Seine-Saint-Denis qu'on va être débordés. Du coup on est sur la retenue au début et au final quelques années après la file-active n'est pas si grosse alors que le dispositif est

⁴¹ Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) est un point d'entrée unique et gratuit pour les professionnels et structures qui font face à des personnes en situations de santé et de vie complexes pour favoriser le maintien à domicile (définition de l'ARS).

très bien financé. Ça peut nous mettre dans une situation complexe pour justifier auprès du régional et du national. Pourtant on sait que les besoins sont là dans le 93 quand on regarde le nombre de structures d'hébergement, de personnes à la rue... » ARS-DD93.

L'extrait d'entretien ci-dessus illustre une certaine incompréhension des services de l'État face à une mise en œuvre moins rapide que celle qui avait été anticipée. Ce démarrage prudent s'explique par le temps de mise en place d'un dispositif complètement nouveau : il est nécessaire d'en comprendre les missions, de se familiariser avec les partenaires, de se questionner sur le procédé de contact de l'équipe dans le cadre de la mise en œuvre parallèle d'une régulation.

Une des principales explications demeure dans les contraintes logistiques des acteurs de terrain, notamment le temps de communication nécessaire auprès des partenaires. En effet, les EMMS sont mobilisables par des professionnel-le-s qui auraient repéré un besoin chez une personne. Pour capter la demande, il faut que les professionnel-le-s sachent que les EMMS existent et que la mission de ces dernières soit comprise. Un temps de transition est nécessaire pour comprendre que les EMMS peuvent répondre à un besoin déjà présent depuis un certain temps avec lequel les acteurs avaient appris à composer, et cela via des modalités de sollicitation particulières. La question de la communication et de la connaissance des EMMS sera développée dans la Partie 2, II. A). Ainsi, la mise en marche du dispositif a été plus lente que ce qui avait été anticipé par les financeurs.

« [Au moment de la création de l'EMSP] on est passé à plusieurs services donc on a perdu des personnes qui avaient l'habitude de travailler via la maraude médicale. On n'a pas eu le temps de continuer à travailler ces partenariats. Et ce n'est pas parce qu'on le dit [de passer par le formulaire] que les gens le font. Il y a eu beaucoup de temps de présentation au début : en interne, aux hôpitaux, aux autres associations, aux CCAS, etc. » Coordinatrice, EMSP Hôtel Social 93.

« On était un peu surprises parce qu'au début on a eu que 21 places financées, car l'ARS n'avait pas les moyens de faire plus au début. On trouvait que ce n'était pas beaucoup, on s'attendait à une file d'attente. Mais on était déçues. Quand l'ESSIP n'était pas encore créée on avait plein de demandes, et après les commandes étaient moins présentes. Donc on a échangé avec la régulation et on a mis en place une opération de com. » Membre de la direction, ESSIP.

« Au début, c'était compliqué parce qu'en fait, on ne recevait pas de signalements. Enfin, la mise en place des signalements et tout ça, ça a pris du temps. Après, on a mis beaucoup de temps aussi pour se faire connaître des partenaires. Maintenant, ça va mieux. » Travailleuse sociale, EMMS.

Certains acteurs peuvent aussi craindre un volume d'activité beaucoup trop important une fois que le dispositif sera maîtrisé par les partenaires :

« Quand on sera bien connus j'ai peur de ne pas réussir à tout gérer en termes de charge de travail, pour l'instant notre intervention est ponctuelle, mais ça ne sera pas toujours comme ça » **Travailleuse sociale – EMMS.**

À cela s'ajoute la difficulté de recrutement qui a été une problématique centrale au moment de la mise en œuvre des EMMS et qui continue de l'être. Cette difficulté n'est pas propre aux EMMS, elle concerne tout le secteur médico-social, pour les postes d'infirmier·e comme de travailleur·se social·e.

« Le sujet le plus récurrent c'est quand même le recrutement. Est-ce que c'est plus visible sur le mobile que sur l'hébergement ? Je ne le vois pas à mon niveau. En tout cas ça concerne les infirmières comme les travailleurs sociaux. » **ARS Île-de-France.**

Concernant les postes d'infirmier·e, les conditions sont particulières et les salaires souffrent de la concurrence de l'interim et de l'hôpital.

« C'est déjà compliqué de recruter des infirmières en globalité. Mais dans notre secteur c'est encore plus criant parce que les conditions d'exercice sont singulières : on est souvent dehors, souvent seule, le public n'est pas évident, le salaire n'est pas énorme. Même si les horaires peuvent être séduisants : faire du 9-17 et pas de week-end. » **Chef·fe de service, association porteuse d'une EMMS.**

« C'est la convention 51 ici, et avec les hausses de salaires à l'hôpital on ne peut pas s'aligner. [...] Il y a deux salariées qui étaient parties, car elles en avaient marre de la voiture tout le temps. » **Membre de la direction, association porteuse d'une EMMS.**

Des partenaires du secteur des addictions rencontrent les mêmes difficultés qui englobent la problématique du recrutement dans leur propre structure et chez les autres partenaires :

« Le problème qu'on a maintenant, c'est au niveau des CSAPA, mais on est tous en manque d'infirmières et de médecins du coup, notre problème c'est lié au fait qu'il y ait de moins en moins d'inclusions. Donc on doit trouver des solutions ailleurs pour l'usager qui vient ici. Du coup, je peux plus l'orienter à Corbillon qui est à Porte de Paris, je dois l'orienter à Rivages qui est à Sarcelles ou je dois orienter dans le 92 ou à Paris, du coup ce n'est plus local. » **Coordinatrice, association spécialisée sur les addictions.**

Pour les travailleur·se·s sociaux, la problématique des conditions de travail particulières se pose de la même façon. La question du recrutement à moyen et long terme est tout de même différente :

« Contrairement à la santé, où il suffit d'augmenter les quotas, les gens ne viennent pas dans les écoles qui forment au travail social. » **ARS Île-de-France**

Notons que ces difficultés de recrutement touchent aussi, comme évoqué plus haut, les partenaires du secteur vers lesquels les EMMS sont censées orienter, ce qui pose la question du relais du droit commun, développée dans la partie 4, II. C). Face à ces difficultés qui empêchent la mise en œuvre des EMMS comme elle a été pensée en théorie, les professionnelles mettent en place des stratégies d'adaptation.

Par exemple, l'ESSIP a recours à des infirmières intérimaires, qui impliquent du turn-over et une charge de formation et d'accueil des nouvelles personnes :

« Ce qui est compliqué c'est le recrutement, d'avoir toujours des nouveaux collègues, de former, de conseiller encore et encore. On risque de s'essouffler, ce n'est pas facile » **Membre de la direction, ESSIP.**

Du côté d'Aurore, la mutualisation des équipes renforce l'attractivité :

« Sur le recrutement, comme c'est mutualisé c'est plus simple. Le planning est assez attractif : 4 jours de travail hebdomadaires, pas de travail le week-end. Ce n'est pas comme dans un LAM ou un LHSS. Les conditions de travail aident. L'équipe est étayée, contrairement à une EMSP où ils ont 3 postes et où s'il manque quelqu'un il n'y a pas de soin possible. Ici s'il y a une absence ou des congés, les collègues assurent le suivi, il n'y a pas de sentiment d'impuissance ou de charge trop lourde, même si bien sûr parfois c'est lourd. » **Cheffe de service, Aurore.**

Par ailleurs, quand le poste en charge du travail social est vacant, les infirmières développent de nouvelles compétences pour pallier ce manque, quitte à « cumuler les casquettes » :

« Je me retrouve à aller faire leur domiciliation et leur AME. Et puis, je leur explique bien la date de validité parce que c'est très important. Pareil pour les domiciliations, moi j'ai appris que là qu'elles étaient valables qu'une année, je ne le savais pas. » **Infirmière, EMMS.**

L'expérience de l'absence de l'assistante sociale de l'équipe peut ainsi s'avérer formatrice par l'acquisition de réflexes et de connaissances pour les infirmières, mais cela ne suffit pas à assurer la totalité des tâches.

« Les infirmières sont montées en compétences, depuis l'absence de la TS il y a plusieurs mois, sur de l'orientation et de l'ouverture de droits et elles ont bénéficié de formations spécifiques au Comede sur les titres de séjour. Mais elles ne le font pas forcément. Elles ont quand même plus de ressources qu'une infirmière classique qui aurait un travailleur social dans certains domaines, mais l'expertise d'un travailleur social manque. Après on a une expérience longue de ce poste vacant malheureusement, donc c'est moins compliqué que s'il y avait toujours eu quelqu'un. » **Coordinatrice, EMMS.**

Même quand le poste est pourvu, la réalité du terrain est toujours plus complexe que ce qui peut être imaginé en amont, et les professionnelles doivent adapter leurs pratiques, particulièrement en ce qui concerne le travail social, avec parfois des ressentis différents d'une EMMS à une autre notamment sur la charge de travail.

« Au début on devait être en complément, mais il y très très peu de relais sociaux dans le 93, il n'y a pas de stratégie. Elle [la travailleuse sociale] a mis 2 ans à maturer son poste : elle a une vraie offre d'accompagnement maintenant. Ça consiste à faire un diagnostic de la situation sociale et défricher les possibles, avec l'idée de leur montrer la prochaine étape. Et elle fait de la coordination aussitôt qu'elle le peut. Mais parfois elle fait les demandes d'asile ou des choses comme ça, des démarches beaucoup plus lourdes que ce qui avait été imaginé au début. » **Coordinatrice, EMMS.**

« Je ne vois pas mon utilité au quotidien. Certes je fais de l'ouverture de droits mais la plupart du temps quand je suis sur une situation je vais beaucoup être là pour pallier le manque d'hébergement. Parfois après l'évaluation sociale je n'ai rien à faire, car la personne est déjà suivie ou alors c'est juste un problème d'hébergement. [...] Pour ne pas m'ennuyer je fais une aide au travailleur social qui sont souvent très débordés, donc je vais prendre côté santé et faire des demandes MDPH par exemple. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

Les témoignages ci-dessus montrent des différences d'expériences d'une travailleuse sociale à une autre : une qui coordonne avec l'existant si la personne est déjà suivie, mais qui se retrouve quand même à mettre en place de lourdes démarches administratives, et l'autre qui a du mal à trouver sa place, car les personnes ont déjà un suivi social. Le poste de travail social demande ainsi une réelle capacité d'adaptation afin de trouver le juste milieu pour débloquer une situation sans se substituer au droit commun. L'infirmière a quant à elle moins de risque de se substituer à un suivi médical classique puisqu'elle ne fait pas de consultation ou de prescription.

• Des protocoles difficilement applicables

La loi 2002-2 introduit plusieurs outils visant à garantir les droits des personnes en situation de handicap ou de dépendance, comme notamment le Projet Personnalisé d'Accompagnement, la Personne Qualifiée, le Conseil de la Vie Sociale, la Convention Tripartite, la Qualité de l'Accompagnement, le Contrat de Séjour et le Projet d'Établissement. Cependant, ces outils ont été pensés dans le cadre d'un établissement qui accueille du public et non des équipes mobiles. Cela pose la question de la capacité à respecter la loi 2002-2 dans le cadre des EMMS.

« Le projet personnalisé, selon la loi, est censé être écrit et signé par la personne. Il faut travailler le format, la compréhension qui peut en être faite. C'est compliqué. Souvent on a des personnes pour lesquelles il y a une grosse barrière de la langue, donc il faudrait traduire. C'est galère... Déjà on a fait un livret d'accueil très réduit, une fiche A4 pliée en deux. En théorie elles [les salariées de l'équipes] remettent tout ça, dans les faits ce n'est pas le cas. » **Coordinatrice, EMMS.**

Les représentant-e-s de l'État ont néanmoins conscience de cette difficulté et adaptent leurs exigences en conséquence :

« Il y a une difficulté juridique dans la prise en charge des usagers : ces équipes sont un établissement médico-social, donc tous les textes réglementaires sont inadaptés au mobile, notamment sur le point de la participation des usagers par ex (CVS, livrets d'accueil...). Pour les publics AHI, dans une certaine mesure, d'accord, mais dans la rue non. Après l'autorité de contrôle c'est nous donc on ne va pas embêter les équipes, car on sait que ce n'est pas adapté. Mais pour autant il ne faut pas que ce soit moins respectueux du droit des usagers que d'autres dispositifs. » **ARS Île-de-France.**

Outre les textes de loi, le document de cadrage des équipes mobiles fixe une durée d'accompagnement maximale de 2 mois renouvelables pour les EMSP et les LHSS mobiles. Pour les ACT hors les murs, la durée d'accompagnement est estimée à 2 ans. En ce qui concerne les ESSIP, la durée d'accompagnement doit être la même que la durée de la prescription.

Dans la réalité, les durées d'accompagnement peuvent être très courtes : si la problématique de la personne est très simple elle peut même être réglée en un rendez-vous. À l'inverse, elles sont souvent beaucoup plus longues du fait de situations particulièrement complexes, du temps d'adhésion de la personne, des délais de prise de rendez-vous, du manque global de relais.

« Les durées de prise en charge sont très importantes. Là par exemple avec elle [une personne accompagnée] ça dure depuis 1 an et demi, c'est quand on n'a pas de solution d'aval, qu'il n'y a pas de place dans les structures adaptées, c'est ça qui peut expliquer parfois. Aussi des fois le parcours de soin est très compliqué, ou la création de lien est compliquée et prend du temps » **Coordinatrice, EM 27.**

« C'est rare de faire deux mois, c'est dur de faire deux mois en fait. Je me rends compte qu'entre le délai d'acceptation de 'Ok, je suis d'accord pour faire ça, ça, ça' – parce qu'après, c'est pas toujours simple, on voit beaucoup de personnes dans la rue avec qui c'est dur – et après, le délai de prise de rendez-vous qui peuvent être des fois d'un mois, et puis après derrière, il y a sûrement des examens à mettre en place ! C'est dur de tenir deux mois sur nos vrais accompagnements. Et puis le manque de relais derrière aussi. » **Infirmière, EMMS.**

« Je ne suis pas sûre qu'il y ait vraiment d'"entre-deux", entre guillemets. Soit c'est vraiment, on prend en charge la personne assez vite, on voit qu'il y a quelques petites démarches, mais ensuite ça va rouler donc ça prend peut-être un mois par exemple. Ou alors c'est des suivis longs où ça va être une patiente que tu prends en charge en début de grossesse et ensuite, tu vas la suivre jusqu'aux quelques mois de l'enfant donc c'est plutôt long. » **Sage-femme, EMMS.**

Lorsque la structure porte un dispositif de soins résidentiels et qu'elle expérimente le « hors les murs », la durée d'accompagnement, entre autres éléments, est source de changement important, avec un temps d'adhésion plus long par comparaison avec la situation où un hébergement est proposé en parallèle.

« La fiche de la régul' est souvent sommaire, la personne ne répond pas forcément au téléphone, il y a la barrière de la langue... On passe par le prescripteur, mais malgré tout parfois ça prend 1 mois avant de réussir à prendre contact avec la personne. Même s'ils disent non, l'équipe revient, se déplace plusieurs fois. C'est beaucoup plus long que pour les ACT avec hébergement ! » **Chef-fe de service, EMMS.**

« L'ACT hors les murs c'est beaucoup plus rythmé, il y a des nouvelles personnes beaucoup plus régulièrement, alors que quand il y a l'hébergement les personnes restent 36 mois. Là, parfois en 15 jours c'est plié, par exemple on a accompagné une dame diabétique qui était autonome et suivie : son problème c'est qu'elle ne pouvait pas stocker son traitement à l'hôtel, car elle n'avait pas de frigo. On a réussi à lui en récupérer un, et voilà, l'accompagnement était terminé » **Chef-fe de service, EMMS.**

Cette problématique n'est pas propre à la Seine-Saint-Denis puisqu'elle est en lien avec le manque de relais du côté d'un droit commun affaibli qui s'observe au niveau national (ce point sera développé partie 4 II. C). La coordinatrice d'une EMSP d'un autre département d'Île-de-France fait le même constat :

« Quel sens peut bien prendre le fait d'être sur un cahier des charges de 2 mois renouvelables ? Rien ne peut être résolu en deux mois. Autant se dire tout de suite qu'on a besoin d'une prise en charge beaucoup plus longue. Les prises de rendez-vous notamment chez les spécialistes ça allonge les délais. Que ce soit propre à la personne ou aux professionnels de santé... Et puis les équipes ne sont pas très nombreuses donc on fait ce qu'on peut avec nos moyens »

De plus, si on suit la logique exposée dans le document de cadrage, à la fin de l'accompagnement, les personnes sont censées être autonomes et suivies dans leur parcours de soin. En réalité, on constate le retour de personnes anciennement suivies dans la file-active.

« On a eu des séries de retours. Comme ça, d'un coup, dans la même semaine, les patients qui reviennent alors que tout était carré normalement et pourquoi ? Parce que, je ne sais pas, ça décompense à un moment donné ou il y a une rupture d'accompagnement derrière. Ça n'arrive pas souvent, mais ça arrive. Et souvent, on relance, on remet une pièce dans la machine sur le relais qui avait été mis en place. Mais bon, ça arrive qu'on refasse une prise en charge quand c'est trop compliqué. » **Infirmière, EMMS.**

Dans le cas particulier de l'EMMS spécialisée périnatalité, le fait que la femme anciennement suivie soit à nouveau enceinte va avoir pour conséquence un nouveau suivi :

« Après, ça peut être super long et on a même des familles qu'on a connues qui étaient à la rue ou du moins, qui étaient déjà hébergées, avec des femmes qui viennent d'accoucher et qui retombent enceintes un an après. Du coup, ça refait un nouveau suivi. » **Travailleuse sociale, équipe Ovale spécialisée périnatalité.**

• Le reporting et les outils

Dans le document de cadrage des EMMS, il est écrit que l'ARS Île-de-France propose un « outil clé en main » aux équipes, intitulé MANO. Dans la plupart des autres départements de la région, cet outil est utilisé par les EMMS, alors qu'en Seine-Saint-Denis un autre outil, « Ariane Santé », a été proposé. Cette application est libre de droit et développée au sein d'Interlogement93, initialement pour la PASH 93⁴². Une version « santé » a ainsi été développée à destination des EMMS, destinée à remplir plusieurs objectifs : être un outil métier efficient pour les équipes, donner une vue d'ensemble sur les personnes suivies pour éviter les doublons, permettre le partage d'information entre les différentes équipes quand c'est nécessaire et automatiser la production du RASA (Rapport d'activité standardisé annuel). Ce dernier fait office de compte-rendu de l'activité auprès de l'ARS. Néanmoins, tous deux, qu'il s'agisse d'Ariane Santé comme du RASA, parfaitement adaptés sur le papier, se heurtent à la réalité et la complexité du terrain.

La principale critique énoncée à l'égard du RASA réside dans la façon de quantifier le travail effectué, dans le fait qu'une grande partie de ce dernier est difficilement mesurable et que les définitions des indicateurs diffèrent d'une équipe à l'autre. C'est le cas par exemple de la case « nombre de personnes rencontrées »,

⁴² Plateforme d'accompagnement des ménages à l'hôtel.

discutée entre les équipes et l'ARS-DD93 lors de la réunion de régulation de janvier 2024, qui est censée comptabiliser toutes les personnes rencontrées, celles entrées en file-active comme hors file-active. Or certaines équipes la remplissaient en indiquant le nombre de personnes rencontrées qui n'étaient pas entrées dans la file-active.

« Le RASA est un outil qui doit répondre à une dynamique budgétaire et justifier le travail, et qui doit correspondre à l'ensemble des activités du 93. Donc c'est compliqué dès le début. Un rapport d'activité c'est plus complet. Mais ce n'est pas grave non plus car on bénéficie de cette écoute de l'ARS, avec un dialogue ouvert, par opposition avec le pilotage des ACT avec hébergement par exemple, donc c'est pas grave que le RASA ne soit pas aussi représentatif de l'activité puisque les difficultés de terrain peuvent être exprimées par ailleurs. Et puis il y a quand même des améliorations au fur et à mesure. »
Coordinatrice, EMMS.

« Il y a un truc qui ne va pas. Et la moitié du travail que je fais n'est pas noté, c'est non-quantifiable. Tu peux rajouter une charge de travail de 20 % parce que moi, quand ils m'ont appelé 10 fois, tu crois que j'ai marqué « écoute » 10 fois ? J'ai dû parfois rester trois heures au téléphone »
Infirmière, EMMS

Les principales difficultés rencontrées par les équipes à propos du logiciel Ariane sont en lien avec la complexification du travail, le maintien d'outils parallèles plus adaptés qui imposent une double saisie et des items qui ne sont pas adaptés au travail réel. Par exemple la liste des pathologies disponibles dans le menu déroulant est incomplète ; au début le suivi se faisait en ménage alors que les équipes accompagnent des personnes et non des familles ; ou encore on ne peut pas télécharger de documents dans l'application.

« Concernant Ariane [...] ça a tâtonné pendant très longtemps, ça nous a imposé d'avoir plusieurs outils, ça fait donc une charge administrative pour avoir nos propres indicateurs d'activité. C'est très lourd. On aurait pu avancer plus vite mais bon on fait avec. Il y a une vraie démarche de venir nous rencontrer, de voir sur le terrain le temps que ça prend. »
Coordinatrice, EMMS.

« Ce n'est pas adapté à la périnat... On ne se repère pas, on ne peut rien extraire. On a nos petits tableaux à nous. Il y a eu des petites améliorations, mais ce n'est pas suffisant pour remplir l'objectif d'un outil de suivi. Pour le pilotage c'est plus pratique de rester sur Excel. »
Coordinatrice, EMMS.

« Je vais faire un tableau qui recense tous les soins, avec la même liste de l'ARS qui est dans Ariane mais avec en plus le rajout des items manquants. Sur MANO ils peuvent télécharger des documents et ils ont un planning, mais bon c'est comme ça on a Ariane on ne va pas critiquer ce qu'on a, on fait avec. »
Infirmière d'une EMMS à sa/son coordinateur-ice pendant une réunion de suivi, immersion printemps 2024.

Le problème des outils tiers, qui viennent pallier les manquements d'Ariane, sont la double saisie qui rajoute une charge administrative, mais aussi la passation dans un contexte de turn-over élevé :

« chaque infirmière a créé ses propres petits outils, mais il n'y a jamais eu de transmission, donc il faut reprendre à zéro à chaque fois »
Infirmière, EM 27.

Par ailleurs, la question de l'adaptabilité de l'outil à l'activité est d'autant plus prégnante quand les activités sont différentes : l'équipe spécialisée périnatalité n'y retrouve pas les items en lien avec la spécificité de son activité et l'ESSIP a besoin d'un vrai logiciel de transmission médicale.

« Ariane n'est pas encore vraiment utilisable quand on en avait parlé avec Interlogement93. Si l'outil est utilisable on aimerait bien l'utiliser, les collègues ont toutes des tablettes et mettent toutes les données sur notre serveur, ça va plus vite. Les infos sont directement partagées entre les professionnelles du coup. On ne veut pas faire bande à part, même si notre activité est plus médicale. » **Coordinatrice, ESSIP.**

Si l'outil Ariane ne remplit pas encore pleinement les objectifs attendus, compliquant une prise en main totale des équipes, le recensement des besoins et des mises à jour est en cours et devrait conduire à des améliorations prochaines. Il en est de même avec le RASA, qui devrait bénéficier du positionnement collaboratif de l'ARS-DD93 pour évoluer et refléter au mieux l'activité des équipes.

• Divergences de pratiques entre les équipes

Il est explicite que l'ARS a pensé les EMMS comme étant un ensemble hétérogène. Néanmoins, des documents censés encadrer les pratiques sont présents dans celui de cadrage, comme la trame du bilan de santé infirmier. Cela se lit comme un moyen d'harmoniser certaines pratiques professionnelles.

Logiquement, l'activité des EMMS n'est pas la même pour les équipes « spécialisées » (en soin infirmier comme l'ESSIP ou en périnatalité comme l'équipe Ovale du Groupe SOS) et pour les équipes « généralistes » qui font de la coordination de soin (ACT hors les murs et EMSP). En ce qui concerne les équipes généralistes, en lien avec leur historique, leur perception de la santé par les professionnelles, leurs trajectoires, la compréhension d'une même mission peut varier d'une équipe à l'autre et se concrétiser par des pratiques différentes.

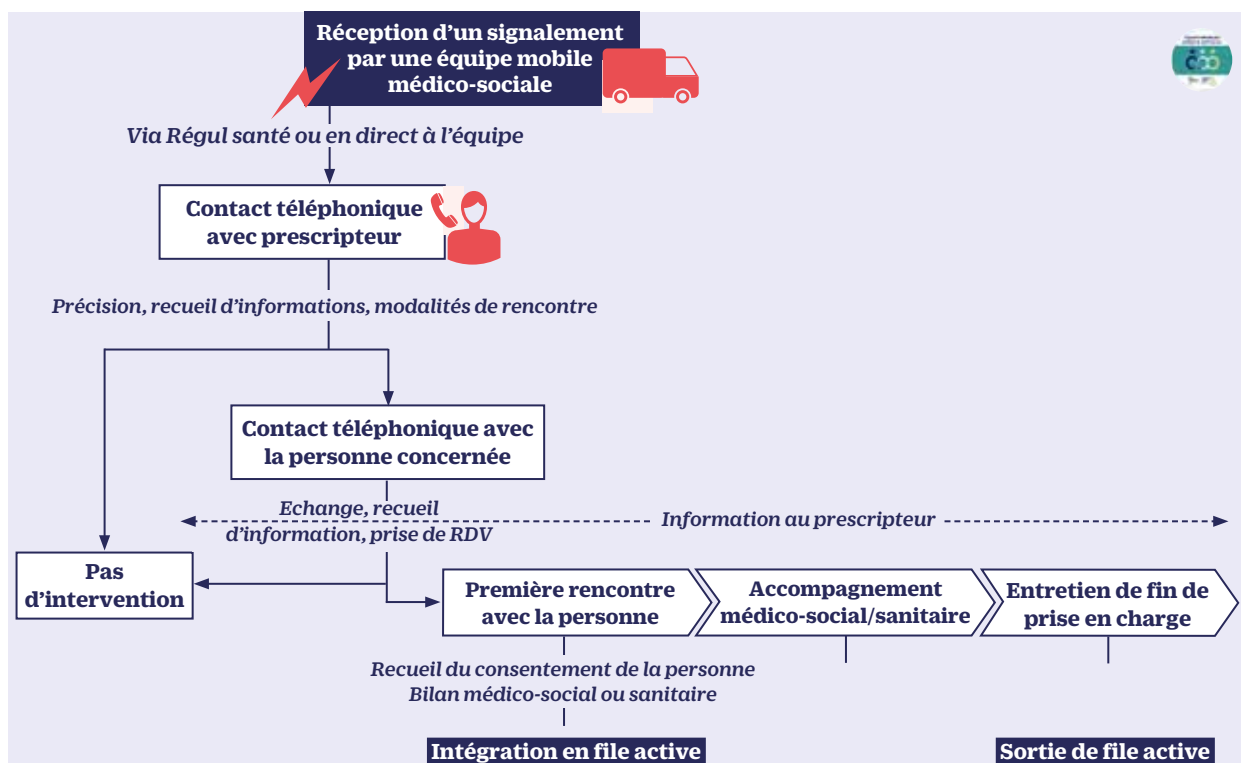


Figure 10 : Schéma de prise en charge d'une EMMS, document de travail inter équipes. SOURCE : RÉGULATION DES EMMS.

Dans l'ensemble, l'activité de ces équipes « généralistes » est conduite par les mêmes grandes lignes directrices, comme on peut le constater sur la Figure 10. C'est à la périphérie de l'activité principale, ou dans la concrétisation du déroulé d'une action indiquée sur le schéma, que l'on constate des pratiques différentes.

Par exemple, l'infirmière d'une des équipes explique qu'elle définit la santé en suivant l'OMS : « 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. ». Dans cette logique, en plus des missions classiques d'accompagnement dans le parcours de soin, elle organise des ateliers cuisine, théâtre, photographie, donne parfois rendez-vous dans des musées quand la personne n'a pas de logement. Selon elle, « *la culture, c'est aussi se soigner* ».

« Comme les cartes musée, j'ai pensé à ça : moi, j'ai mes cartes musée doublons, qu'est-ce qui m'empêche d'aller faire un rendez-vous de suivi dans un musée ? Et ben, il en ressortira pas pareil. Il aura vu du beau. Pourquoi le beau ne peut pas être accessible aux gens précaires ? Je l'ai déjà fait et la personne après elle est ok pour tout, pour aller à tous ses rendez-vous, faire tous ses bilans ! » Infirmière, EMMS.

Cette même infirmière souligne l'importance de prendre les constantes lors de la première rencontre, procédé qu'elle est la seule à appliquer systématiquement (outre l'ESSIP qui procure des soins infirmiers) :

« Moi, j'ai voulu copier ce que l'ARS demandait, alors tout le monde le critique, mais c'est le meilleur truc qu'on puisse avoir franchement, ils l'ont pensé quoi, ils ont réfléchi ! Qu'il y ait trop de questions ou pas, on s'en fout des questions ; des fois, il y a des entretiens, on pose rien du tout, on écoute, on coche. Mais ne pas prendre des constantes biologiques, excuse-moi, non, non ça devrait être obligatoire. Ils sont contents. C'est un temps où ils ont l'impression que tu remets des instruments à côté d'eux. Moi, j'oblige pas, mais personne n'a jamais refusé. » Infirmière, EMMS.

Le cadre du déroulé du bilan infirmier pensé par l'ARS⁴³ incarne bien l'idée d'une action pensée théoriquement en amont, qui ne se concrétise pas forcément sur le terrain. Dans le cas de cette infirmière, les constantes sont prises et le questionnaire de l'ARS est gardé comme tel. Mais pour la plupart, ce questionnaire a été retravaillé et adapté aux perceptions et besoins de chaque équipe. Ainsi, quand on voit sur le schéma (Figure 10) « première rencontre avec la personne », cela peut recouvrir plusieurs réalités différentes : prise de constantes ou non, questions posées différentes, entretien sur le lieu de vie de la personne ou ailleurs...

Par ailleurs, il ressort de plusieurs entretiens un point important : le partenaire qui sollicite les EMMS ne constate pas des interventions opposées d'une équipe à l'autre, dans la façon d'accompagner la personne d'une part, dans le retour effectué au partenaire qui a sollicité le soutien de l'équipe d'autre part.

« Les équipes ne travaillent pas de la même manière, c'est très lié à l'historique. C'est bien, mais attention à quand même lisser les pratiques pour que la réponse aux partenaires soit quand même un peu unifiée, que le fonctionnement soit au moins un peu aligné. » Coordinatrice, EMMS.

⁴³ Le bilan de santé infirmier proposé par l'ARS Île-de-France en Annexe du document de cadrage des EMMS comporte des questions liées à la situation familiale et générale de la personne suivies de différentes parties : « Mesures physiques et biologiques », « État de santé », « Santé des femmes » et « Santé psychologique »

« Pourquoi au premier entretien, certaines prennent toutes les constantes alors que d'autre non. Ces équipes sont un appui essentiel, et pour qu'elles soient d'autant plus efficaces, ce serait intéressant qu'il y ait des bases communes à toutes les EMSP, comme la prise de constante, une évaluation générale, un reporting aux partenaires de la veille sociale qui avaient signalé des points d'alerte dans un tableau synthétique de suivi commun entre les structures et les EMSP. [...] Il faudrait voir comment c'est transmis, ce qui est transmis, et harmoniser un process unique avec des données uniques communes à toutes les EMSP. [...] Au même titre que le processus de signalement, il pourrait y avoir une base réalisable de minimum de transmission que tous **[tous les partenaires qui ont sollicité une équipe]** savent qu'ils vont recevoir. Le besoin est d'autant plus important quand il y a des points de vigilance. Ce besoin-là est peut-être encore plus prégnant pour les personnes à la rue, car on les voit de façon morcelée. Alors que pour les personnes en structures la personne est toujours là, c'est moins particulier. » **Partenaire du social ayant sollicité plusieurs fois les EMMS.**

De même, dans le champ libre du « questionnaire prescripteurs SIAO », on retrouve des commentaires qui rejoignent cette problématique :

« Il nous arrive d'avoir des réponses différentes lorsque nous contactons le dispositif. Par exemple sur la même situation on nous a déjà accepté et refusé la prise en charge. Il peut arriver que les critères ne soient pas clairs. » **Travailleur·se social·e d'une structure dans le champ de la santé.**

L'harmonisation des pratiques est un point central pour la régulatrice-coordinatrice des équipes mobiles. Selon elle, cela viendra des « *n+1 et des rencontres entre équipes* ».

Conclusion de la Partie 1

Avant d'analyser plus en détails les caractéristiques et problématiques associées aux EMMS en Seine-Saint-Denis, une mise en contexte était nécessaire. En effet, on ne peut saisir les enjeux de l'implantation des équipes étudiées ici sans maîtriser les caractéristiques principales du territoire, à savoir des indicateurs de pauvreté et de précarité parmi les plus alarmants de France métropolitaine, une population sans logement inégalement répartie et susceptible d'avoir des problèmes de santé importante, et enfin l'existence d'autres dispositifs mobiles en lien avec la santé. C'est dans ce cadre que les acteurs de terrain comme les financeurs ont identifié le besoin de soutenir les personnes les plus précaires vis-à-vis de la santé. Néanmoins, la mise en place des EMMS s'inscrit dans une dynamique déjà amorcée en Île-de-France, mais qui n'avait pas été encore pérennisée et appliquée à grande échelle, répondant au besoin largement identifié par les acteurs de terrain de (r)accompagner vers le soin les personnes qui en sont les plus exclues, particulièrement celles sans logement. Les opérateurs choisis pour porter les EMMS en Seine-Saint-Denis constituent un ensemble non homogène. Chacun présente des spécificités en termes d'expérience par rapport au soutien à la santé des plus précaires, certains étant des « historiques » du médico-social et d'autre des « nouveaux » arrivés depuis le champ de l'action social, déterminant parfois une expertise vis-à-vis d'un type de public ainsi que certains choix concernant la composition de l'équipe et 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, au recrutement des professionnel-le-s, aux outils proposés ou encore à l'harmonisation des pratiques. Ainsi, la réponse au besoin s'est vue limitée au moment de sa mise en œuvre par différentes réalités de terrain auxquelles les professionnel-le-s tentent de s'adapter. Ces difficultés, souvent partagées par les autres acteurs de Seine-Saint-Denis, sont surmontées, ou du moins amoindries par la mise en place de partenariats efficaces, d'une coordination fluide entre les différents acteurs ou d'une centralisation permise par une régulation active.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

Les EMMS sont indissociables de leur environnement : pour bien fonctionner, elles doivent être mobilisées par des partenaires (les « partenaires sollicitateurs »), leur activité doit s'articuler en permanence avec les professionnel-le-s déjà présent-e-s auprès de la personne suivie (travailleurs et travailleuses sociales ou personnels médicaux) et elles sont censées orienter vers des dispositifs du territoire, des « partenaires relais » du droit commun. Les EMMS se situent ainsi à l'intersection des écosystèmes du social, du médical et du médico-social de Seine-Saint-Denis. De cette position découlent plusieurs enjeux. Tout d'abord, la question de la clarté et de la simplification de la sollicitation des EMMS : pourquoi une régulation a-t-elle été mise en place en Seine-Saint-Denis ? Quels sont les apports de cette dernière ? Ensuite se pose la question des liens existants entre ces équipes, et plus largement de la mise en œuvre d'un travail en réseau : sont-elles bien identifiées ? Comment les acteurs se saisissent-ils du dispositif ? Comment les partenariats se mettent-ils en place ? Enfin, interroger les différentes dynamiques partenariales sera l'occasion de questionner les interactions entre le secteur du social, du sanitaire et du médico-social.

I. Réguler pour mieux répartir, coordonner pour mieux unir

A - Le choix d'une régulation en Seine-Saint-Denis

Interlogement93 porte la régulation des EMMS de Seine-Saint-Denis. Lorsque nous utilisons ici le terme « régulation des EMMS » (utilisé par la majorité des acteurs et actrices opérationnelles) en parlant de la Seine-Saint-Denis, nous englobons la double mission de coordination et de régulation. Cette dernière a été mise en place en septembre 2022. La présence d'une personne chargée de la coordination et de la régulation des EMMS n'était pas pensée dans le cadrage réglementaire de l'ARS. Quels ont été les arguments présentés en faveur de cette dernière, notamment pour qu'elle soit confiée à Interlogement93, porteur du SIAO de Seine-Saint-Denis ? Comment cela se concrétise, notamment concernant la formalisation de la sollicitation des équipes et la coordination des EMMS en Seine-Saint-Denis ?

• Quels arguments en faveur d'une régulation des EMMS par Interlogement93, porteur du SIAO 93 ?

Les principales missions de la régulation, détaillées dans la Figure 11, se déclinent en deux axes principaux : d'une part la régulation qui consiste à centraliser les demandes d'intervention des EMMS, identifier les besoins et les attribuer à une équipe après réception ; et d'autre part la coordination de ces dernières. À cela s'ajoute le fait de communiquer auprès des partenaires au sujet des EMMS ou d'organiser des événements de formation ou d'information avec elles. Dans d'autres départements, le choix a parfois été fait de ne mettre en place qu'une régulation (sans coordination) ou qu'une coordination (sans régulation).



Figure 11 : Détail de la mission de régulation

Le fait de recevoir les demandes avant de les répartir entre les équipes permet de « filtrer » celles qui sont non pertinentes. Lorsque la régulation reçoit une demande qui ne correspond pas aux missions des EMMS, elle oriente vers le dispositif adapté. Les équipes n'ont plus à fournir ce travail de réorientation.

« On a davantage de demandes en interne via Aurore : on reçoit un peu tout et n'importe quoi alors que les situations sont plus pertinentes quand ça passe via la régulation » Psychologue, EMMS.

Les « partenaires sollicitateurs » ont effectivement la possibilité de passer en direct avec l'équipe mobile, bien que l'utilisation du questionnaire soit conseillée.

Une travailleuse sociale de l'équipe ACT hors les murs souligne qu'« *Interlogement, c'est comme le guichet unique finalement* ». Le guichet unique des ACT a pour objectif de centraliser toutes les demandes pour les ACT au niveau départemental afin d'éviter la multiplication de dossiers de candidatures pour les partenaires et d'harmoniser les critères d'admission. En Seine-Saint-Denis, il est porté par le groupement des 5 associations gestionnaires d'ACT et la gestion quotidienne du guichet est actuellement assurée par Emmaüs Alternatives. Le parallèle est pertinent dans l'idée de centralisation et de simplification de la sollicitation, mais, bien que le besoin concerne aussi de la coordination de soins, un hébergement n'est pas impliqué parallèlement à l'accompagnement dans le cas des EMMS.

La présence d'une régulation semble également faciliter l'identification et le recours aux EMMS. En effet, étant donné le nombre d'EMMS, de dispositifs différents, d'associations porteuses, identifier un seul service qui fait office d'interface apparaît comme beaucoup plus simple pour les partenaires, particulièrement quand ils sont extérieurs aux secteurs social ou médico-social, ou encore au département :

« Je vois la différence quand il y a une coordination : si c'est dans le 94 ou le 75 j'envoie direct aux coordinatrices des EMMS de ces départements. Alors que quand c'est dans un autre département je dois trouver quelle équipe je dois solliciter sachant qu'il y a différentes modalités, sectorisations, etc. Donc ça ferait perdre beaucoup moins de temps d'avoir une personne à contacter que de chercher quelle équipe devrait intervenir pour telle situation. » Régulatrice coordinatrice des EMMS du 93.

Par ailleurs, la vue d'ensemble donnée par la régulation permet une analyse à l'échelle départementale de l'activité des EMMS et des besoins du territoire. Cela rejoint la problématique de l'outil commun, exposé Partie 1, II., C) : pour avoir des indicateurs pertinents, il faut que les professionnel-le-s s'emparent correctement de l'outil.

« Ça donne vraiment la possibilité de faire une lecture de ce qu'il se passe sur le territoire : voir les types de public pour lesquelles il y a le plus de demandes, les acteurs qui sollicitent les équipes, etc. Et sans régul c'est plus compliqué de faire ça. » Régulatrice coordinatrice des EMMS du 93.

Le rôle de la régulation / coordination des EMMS va dans les faits au-delà des missions décrites ci-dessus. Elle occupe également une place de soutien et de conseil aux différents professionnels du territoire :

« J. [la personne en charge de la régulation et de la coordination en Seine-Saint-Denis] nous aiguille bien, quand on a des situations compliquées je l'appelle. » Responsable du service social d'un hôpital de Seine-Saint-Denis.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

« On connaît J. [la personne en charge de la régulation et de la coordination en Seine-Saint-Denis], mais on ne connaît pas précisément les équipes. À chaque fois qu'on a eu besoin elle a répondu, c'est très pratique et très clair avec elle. On est très satisfaites. Ce lien est très important. Quand on a besoin on lui envoie un mail, ou parfois on l'appelle. En parler en physique aussi ça facilite, par exemple une fois elle est descendue pour nous expliquer que le signalement qu'on avait fait n'était pas adapté. »

Intervenante sociale, SIAO 93.

Ces échanges informels, parallèles à la sollicitation formelle par le questionnaire, permettent aux professionnel·le·s d'être conseillé·e·s, accompagné·e·s et de mieux comprendre les missions des EMMS. Cette place particulière, caractérisée par sa transversalité, permet de fluidifier des partenariats et de mettre en lien des acteurs :

« C'est une plus-value énorme de créer des ponts qui n'existaient pas, c'est hautement satisfaisant ! »

Coordinatrice des EMMS dans le Val-de-Marne

Le fonctionnement de la régulation semble satisfaire les partenaires. En effet, 62 % des répondant·e·s au « questionnaire prescripteur·ice·s SIAO » ayant déjà sollicité les EMMS sont « tout à fait satisfait·e·s » de la régulation. Ce pourcentage s'élève à 89 % si l'on ajoute les « plutôt satisfait·e·s » aux « tout à fait satisfait·e·s » (Figure 12).

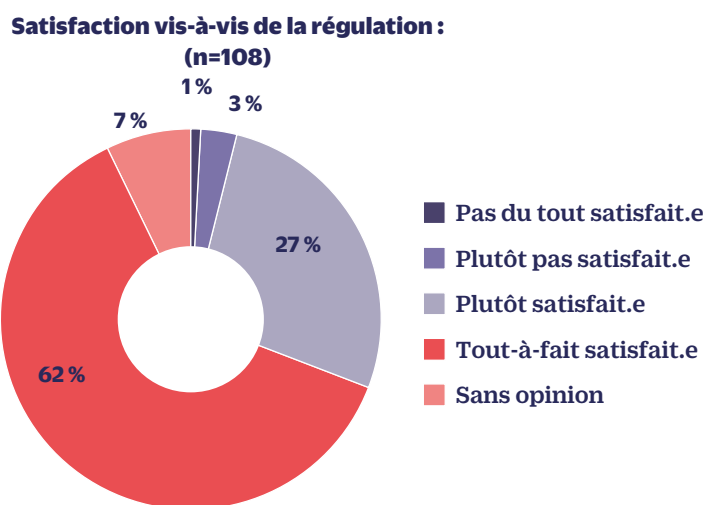


Figure 12 : Satisfaction vis-à-vis de la régulation, 108 répondant.e.s.

SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ EN LIGNE AUX PRESCRIPTEURS SIAO.

Si les arguments témoignant des avantages d'une régulation départementale des EMMS semblent difficilement contestables, la question de la structure porteuse de cette régulation se pose. Au niveau régional, l'ARS questionnait la pertinence de confier la mission de régulation et de coordination au SIAO 93, car il s'agit d'un établissement qu'elle ne finance qu'à la marge.

« Il paraît plus difficile de confier la régulation à un porteur qui n'est pas sous notre tutelle, même si les deux secteurs sont très liés entre eux. C'est understandable si l'acteur qui porte le SIAO est également acteur médico-social [c'est le cas d'Interlogement 93]. La tutelle de contrôle doit rester celle qui finance le dispositif. » **ARS Île-de-France.**

La pertinence du SIAO 93 en tant que porteur de la régulation et particulièrement de la coordination des EMMS semble à l'inverse ne pas poser question pour plusieurs acteurs, de par son « rôle de coordination des parcours » des personnes et de « jonction entre l'AHJ et la santé » (selon le SIAO 93), ses « différentes casquettes » (ARS-DD93), et son « rôle central » (DRIHL 93) puisqu'il assure déjà la régulation des équipes mobiles d'aide professionnelles (maraudes à destination des personnes à la rue) depuis plusieurs années. De plus, le procédé de centralisation de la demande, d'analyse de besoin et d'orientation vers l'acteur approprié est fortement similaire à une des principales missions du SIAO concernant les demandes d'hébergement et de logement adapté.

« Dès qu'on a appris que plusieurs équipes mobiles seraient financées en Seine-Saint-Denis on a proposé d'avoir une régulation au titre du SIAO, car on est sur plusieurs dispositifs, plusieurs équipes, et en tant que SIAO on a une mission d'outillage et de com' auprès des professionnels de Seine-Saint-Denis pour que ce soit le plus simple possible pour eux [...] ça nous semblait légitime aussi par rapport à une des missions du SIAO sur le plan de la coordination des parcours et la santé fait partie pour nous des parcours des publics. » **Responsable de pôle, SIAO 93.**

« Tout de suite, on a considéré que c'était très important que ce soit le SIAO qui régule ces différentes équipes, particulièrement les EMSP, pour deux raisons : la première, c'est qu'on avait déjà un rôle assez important en termes de jonction entre les dispositifs de l'AHJ en général et de la santé [...] Et aussi, [...] il était très important pour nous de ne pas rajouter un nouvel acteur à solliciter. » **Directrice opérationnelle, SIAO 93.**

« C'est en lien avec la cohérence départementale, le maillage, il était hors de question que ce soit nous qui la portions. [...] Le SIAO s'est porté volontaire, ça a été discuté avec les autres équipes. Le SIAO n'a pas mission en soi à réguler les équipes médico-sociales, ou pas plus que le SAMU ou d'autres intervenants. Mais comme dans le 93 il a une dimension santé spécifique, déjà financée par l'ARS, il pouvait prétendre à cette mission en complément des missions accomplies pour le compte de la DRIHL. » **ARS-DD93.**

« À priori ça apparaît naturel avec le rôle central du SIAO de régulation de la veille sociale, qui coordonne les acteurs de la veille sociale, donc ça semble logique que comme au titre des autres équipes mobiles d'aide le SIAO régule les EMSP » **DRIHL 93.**

La cheffe de projet santé d'Interlogement 93, en charge de la régulation et de la coordination des équipes, souligne l'avantage d'avoir un partenariat privilégié avec les différents services du SIAO, dont le 115, par opposition avec d'autres départements où la coordinatrice est dans une autre association :

« Je sais que pour Marion [coordinatrice des EMMS d'un autre département d'Ile-de-France] ça avait été très compliqué pour elle avec le 115, c'est important pour capter des situations. ».

En revanche, elle déplore la confusion induite par sa présence au sein du SIAO 93 auprès des partenaires :

« Il y en a qui pensent que je régule l'EMSP d'Interlogement 93, ou que régule des places SIAO pour les personnes avec problème de santé. Et même après que j'aie présenté, la confusion reste. C'est quand ils passent par la régul et qu'ils voient l'orientation suite à la demande que ça devient plus concret et plus clair. Il faut de la pédagogie. »

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

À Paris et dans le Val-de-Marne, des choix différents ont été effectués puisque ce sont des associations plus petites qui portent la coordination :

« Je trouve ça bien que ce soit indépendant. À Paris le SIAO c'est une grosse usine alors que les EMSP sont de toutes petites équipes. C'est bien de rester à taille humaine entre nous [...] L'ARS a choisi Basiade pour pas que les équipes mobiles soient aspirées dans la grosse machine du SIAO » **Coordinatrice des EMMS de Paris.**

• Solliciter la régulation

Pour envoyer un signalement à la régulation, il faut passer par un formulaire en ligne (cf. **Annexe 7**). Ce questionnaire a été co-construit par la régulation avec les équipes et les items choisis ont pour objectif de s'assurer qu'un certain nombre de questions ont été posées par le partenaire solliciteur à la personne concernée par le signalement. Certains contactent la régulation par mail ou téléphone. D'autres préfèrent passer en direct avec l'équipe, c'est ce que nous appelons ici « l'autosaisie ». Notons que jusqu'à présent le nombre de demandes adressées à la régulation atteint un volume qui permet encore de traiter les demandes passées par les différents canaux, même s'il est possible qu'« à partir d'un certain seuil de sollicitations passer par le formulaire devienne indispensable » (membre de la direction du SIAO 93). Depuis la création de la régulation, les sollicitations par le canal « officiel » sont en hausse continue⁴⁴, en lien avec l'effort de communication et de pédagogie pour passer par le formulaire. Dans le « questionnaire prescripteur-ice-s SIAO », envoyé fin avril 2024, sur les 108 répondant-e-s qui ont déjà fait appel aux EMMS, la moitié est passée directement par une des équipes, et l'autre moitié par le formulaire (**Figure 13**).

**Si vous avez déjà sollicité une EMMS, vous êtes passé par :
(n=108)**

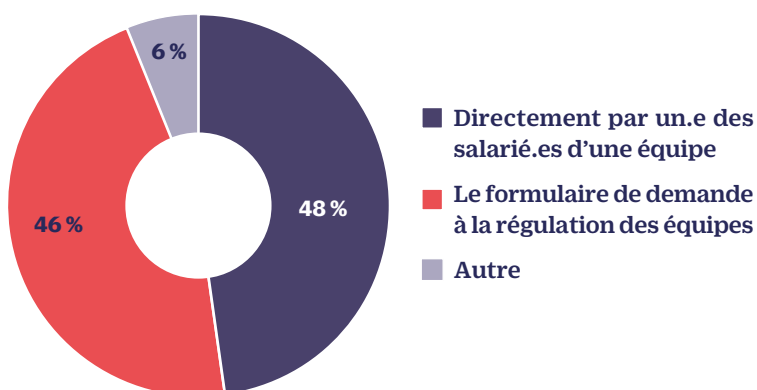


Figure 13 : Canal de sollicitation de la régulation pour les répondant-e-s ayant déjà sollicité une EMMS, 108 répondant-e-s, source : questionnaire auto-administré en ligne aux prescripteur-ice-s SIAO

⁴⁴ En 2023, le nombre total de signalements reçus par la régulation s'élève à 299, et à 379 en 2024 (source : indicateurs régulation Interlogement93).

La dynamique principale observée consiste en un processus d'adaptation de la pratique initiale, de la sollicitation d'une équipe en direct, vers le canal souhaité en théorie, le formulaire de la régulation. Cette idée de formalisation et de centralisation d'une pratique informelle de contact direct rappelle le rationalisme qui guiderait une « logique gestionnaire du travail social⁴⁵ ».

Un « partenaire sollicitateur » et une professionnelle d'une EMMS décrivent tous deux une appropriation progressive :

« Ça a pris un peu temps, on a dû répéter, mais maintenant c'est assez clair l'utilisation du formulaire et à quel moment l'utiliser. [...] Parfois ils [les salariés de la structure] le font cash, ou parfois ils demandent aux coordos pour réévaluer le signalement. Au début on remplissait le formulaire plus on envoyait un mail en direct, mais ça faisait un peu confusion donc maintenant on ne passe plus que par le formulaire. » **Chef-fe de service, structure du secteur social de Seine-Saint-Denis.**

« Au début il y avait plus de contacts directs avec des partenaires que de sollicitations via la régul. Il fallait que tout le monde se rencontre, se connaisse. [...] Au fil des mois et des demandes de prises en charge, les partenaires ont compris qu'il fallait qu'ils remplissent le formulaire en ligne. Au début beaucoup ne comprenaient pas le principe. Ça commence à être intégré maintenant. » **Membre de la direction, association porteuse d'une EMMS.**

Si les partenaires s'emparent plutôt bien du formulaire de sollicitation des EMMS, c'est parce qu'il semble globalement adapté. Il est décrit comme « *très simple, rapide à remplir.* » (Infirmière en pratiques avancées, Hôpital de Seine-Saint-Denis), « *plus simple que les autres canaux* » (Travailleuse sociale, CCAS de Seine-Saint-Denis).

« On était passé par le formulaire : c'est bien, les collègues se le sont approprié rapidement, on peut le remplir direct sur le téléphone, on peut le retrouver rapidement. » **Travailleuse sociale, structure ayant sollicité les EMMS.**

Entre la sollicitation totalement dématérialisée et le contact oral se trouve un « entre-deux » mixte, qui mélange les deux façons de faire, témoignant d'un désir des professionnel-le-s de suivre la procédure, sans pour autant abandonner une tradition orale propre à leur culture professionnelle.

« Je contactais directement les équipes avant l'existence du formulaire, j'aime bien parler aux gens directement. Maintenant je parle en direct, puis je remplis le formulaire : ça me rassure, je ne sais pas forcément toujours ce qu'il faut noter dans le formulaire. » **Travailleuse sociale, structure ayant sollicité les EMMS.**

Si la majorité des partenaires s'approprient facilement cette procédure formalisée, certains présentent des réticences, concernant le formulaire en lui-même d'une part, et d'autre part à propos, plus largement, de la dynamique de dématérialisation qui ferait disparaître le contact direct. En effet, le passage à un formulaire « a perdu » des partenaires sollicitateurs qui préféreraient ne plus solliciter les équipes :

⁴⁵ Laville et Salmon, Pour un travail social indiscipliné. Participation des citoyens et révolution des savoirs.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

« Depuis qu'il n'y a plus ce système de passer en interne j'ai l'impression qu'on a beaucoup moins de signalements, presque tous ont dit que le formulaire était dur à trouver et que c'était plus facile pour eux de faire un mail plutôt que le formulaire qui peut être un peu décourageant. » - **Travailleuse sociale, EMMS.**

Ce formulaire se rajoute à d'autres préexistants, ce qui peut entretenir de la confusion :

« Le formulaire, ça commence vraiment à gonfler tout le monde, déjà que les gens n'arrivent pas à comprendre la différence entre fiche RMS [formulaire de contact à adresser au service du SIAO périnatalité par les maternités ou autre acteur souhaitant signaler une femme enceinte] et fiche SIAO, par pitié. À chaque fois qu'on intervient, il faut l'expliquer. Alors non, on ne passe pas par le formulaire. » **Travailleuse sociale, structure ayant sollicité les EMMS.**

De plus, le formulaire ne permet pas d'aborder directement les questions médicales :

« Moi, je suis passée une fois par le formulaire, après je suis passée par le mail de l'équipe, c'est plus pratique, surtout qu'on peut mettre plus de données, quand c'est entre sage-femmes, je peux aussi donner des données un peu plus sensibles parfois pour discuter de situations médicales. » **Sage-femme, structure ayant sollicité les EMMS.**

Au-delà de critiques précises vis-à-vis du formulaire, des partenaires n'adhèrent pas à l'existence même d'une procédure de contact dématérialisée, par préférence pour un échange oral ou par simplicité du fait de la proximité avec des équipes.

« Ça arrive aussi qu'on appelle directement une équipe. [...] Des fois on appelle direct Interlogement93 sans passer par le formulaire parce qu'on aime bien tchatcher » **Coordinatrice de parcours, structure ayant sollicité les EMMS.**

« On n'est pas des bons élèves là-dessus, on n'a jamais utilisé le formulaire, parce que souvent on est dans l'urgence de la situation, et puis l'ESSIP et l'EMSP font partie de notre groupement. » **Chef.fe de service, structure ayant sollicité les EMMS.**

« Moi j'appelle directement l'équipe, je ne passe pas par la régul. Et le choix de l'équipe se fait en fonction du secteur. On en a eu une avec qui on est beaucoup passé par le téléphone donc on a cette habitude de travail, c'est notre modalité de communication avec elle. Mais par exemple avec une autre souvent on fait un mail pour avoir un avis. » **Salarié.e d'une structure ayant fait appel à une EMMS.**

Dans le témoignage ci-dessus, on constate que le fonctionnement de sollicitation des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), est repris, alors qu'il n'est pas celui des EMMS : un contact en direct en fonction de la zone géographique dans laquelle on se trouve. De plus, le mode de communication s'adapte à l'interlocuteur-ice : le partenariat s'incarne sous la forme de l'appel pour certaines personnes, du mail ou de l'interaction physique pour d'autres. Dans le cas de partenariats spécifiques, tels que celui qui unit le service périnatalité du SIAO et l'équipe périnatalité Ovale du Groupe SOS par exemple, un canal de sollicitation et d'échanges en direct s'est créé naturellement d'abord, puis a été acté ; il ne serait pas pertinent de passer par la régulation dans ce cas-là, mais celle-ci est tout de même systématiquement informée à

des fins de suivi et d'observation sociale. C'est aussi censé être le cas pour toutes les autres sollicitations hors formulaire, notamment avec l'outil Ariane Santé qui permettrait d'avoir une vue d'ensemble de tous les suivis en cours, qu'ils soient passés par la régulation ou non.

• Une régulation dans le 93, et ailleurs ?

Dans le cadre de la recherche-action, afin de mettre en perspective l'organisation et l'existence de la régulation de Seine-Saint-Denis, 4 autres départements voisins ont été rencontrés : Paris, la Seine-et-Marne, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise.

À Paris et dans le Val-de-Marne, une coordination est également mise en place. Dans le Val-de-Marne, la coordinatrice est arrivée à la même période que la régulatrice-coordinatrice de Seine-Saint-Denis. Elle est salariée d'une association qui porte une des 5 EMMS du département et organise des rencontres régulières entre les salarié-e-s des EMMS. Le poste n'est pas censé impliquer de la régulation, mais c'est *« impensable de faire autrement dans la pratique »* (Coordinatrice du 94). Elle explique que même quand la régulation n'est pas pensée, les acteurs ont quand même le réflexe de passer par la coordinatrice, *« ça montre que la centralisation facilite le travail, c'est naturel pour beaucoup, c'est plus simple d'appeler une personne »*. Elle a donc mis en place une plaquette et une fiche de signalement communes. La mise en lien, le soutien, l'organisation d'actions communes commanditées par l'ARS font également partie de ses missions. Les réunions de coordination avec les coordinateur-ice-s des EMMS ont lieu tous les trois mois environ, comme en Seine-Saint-Denis, à la différence que la DD94 de l'ARS n'y assiste pas..

À Paris, la coordinatrice est arrivée à l'automne 2023, soit un an après celles de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Elle se trouve au sein de l'association Basiliade, qui porte une EMMS et le guichet unique des ACT⁴⁶ pour plusieurs départements (75, 91, 92, 94, 95), et son poste est censé être réparti à 80 % sur la coordination des équipes mobiles et à 20 % sur le guichet unique, mais en réalité *« c'est plutôt 60/40 pour l'instant, il n'y a pas encore une année de recul »* (Coordinatrice du 75). Le poste consiste à réguler et coordonner les EMMS parisiennes, mais comme il a été créé un certain temps après ces dernières, *« ces équipes ont construit leurs partenariats depuis leur création. Donc on a surtout axé le poste sur la coordination plutôt que sur la régulation dans la réponse à l'appel à projet »*.

On constate dans ces deux départements deux dynamiques contraires et symétriques : un poste était pensé a priori plus sur la coordination, mais dans les faits il faut réguler les demandes à destination des EMMS, tandis que l'autre était pensé pour de la régulation et de la coordination, mais se concentre en réalité sur la coordination en raison de la temporalité de la mise en place. À l'inverse, en Seine-Saint-Denis, de tels ajustements entre les objectifs pensés en amont et les besoins du territoire n'ont pas été nécessaires, la mission de régulation / coordination des équipes *« correspond à ce qui a été pensé au départ »* (Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93).

Les échanges entre ces trois salariées, homologues d'un département à l'autre, sont très riches et constructifs :

« Il n'y a que trois coordinations en Île-de-France⁴⁷ [...] et les deux autres s'étaient mises en lien rapidement. Il y a une connaissance commune donc on va faire une rencontre en juillet 2024 et une en fin d'année aussi. Et on prévoit de se revoir. On va échanger sur des situations sur lesquelles on peut être en difficulté avec des partenaires, et échanger des outils aussi. C'est très précieux, j'ai l'impression que c'est un peu un groupe d'analyse de la pratique, ça fait des homologues avec qui échanger, c'est hyper riche. » Coordinatrice du 75.

⁴⁶ Dans certains départements d'Ile-de-France, une structure centralise les demandes pour les Appartements de Coordination Thérapeutique et y répond en concertation avec les structures porteuses d'ACT. En Seine-Saint-Denis, il s'agit d'Emmaüs Alternatives.

⁴⁷ Au moment de la rédaction de ce rapport, les ARS d'autres départements franciliens réfléchissent à mettre en place des régulations départementales.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

Les deux autres départements, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, nous donnent à voir des exemples de fonctionnement sans entité externe de coordination. Dans ces cas-là, les équipes s'auto-organisent.

En Seine-et-Marne, les EMMS se répartissent par public et zone géographique, en lien avec l'expérience de chaque association. Par exemple, dans le nord du département, il y a deux EMSP : une EMSP n'intervient qu'auprès de personnes en squats, bidonvilles et structures DNA tandis que l'autre intervient sur les structures d'hébergement. Les hôtels sociaux du nord sont répartis entre les deux équipes.

« Comme on est deux équipes dans le nord, l'idée c'est que les interlocuteurs savent qui saisir, qu'on évite les doublons, et aussi de se soutenir l'une l'autre si besoin. » (Directrice d'une EMSP du 77).

Le découpage géographique nord/sud a été calqué sur celui des DAC. Concernant la question d'une entité externe coordinatrice, l'EMSP souligne :

« ce n'est pas sûr qu'on aimerait beaucoup ça. On est tellement ancien sur le secteur, on est bien repéré. [...] On communique très bien avec les assos du sud si nécessaire. Pareil si les demandes ne sont pas pertinentes on rebascule vers l'asso du sud la plus pertinente. Il y a tellement de manque sur l'accès aux soins sur le département que je n'imaginais pas quelqu'un d'extérieur à la structure qui sache mieux que nous ce qui est pertinent ou pas. On aurait mal au cœur si on savait qu'une situation avait été refusée » (Directrice d'une EMSP du 77).

De même, dans le Val-d'Oise, chaque EMSP a un territoire déterminé avec un public ciblé. Par exemple, on trouve une EMSP à l'est et une à l'ouest pour le public rue et campement. Une autre EMSP couvre tout le département, mais seulement pour le public en structure d'hébergement ou en hôtel. Il existe également en Île-de-France plusieurs cas d'EMMS à cheval sur deux départements : c'est le cas ici d'une EMSP périnatalité qui intervient sur le 95 et le 78. Les équipes du 95 organisent elles-mêmes leurs réunions de coordination, en parallèle de celles organisées par l'ARS :

« Au début l'ARS n'a pas statué sur un organisme coordinateur, et maintenant les équipes se coordonnent très bien entre elles, il y a des réunions régulières, on est toutes très au clair sur nos missions. On travaille actuellement sur une plaquette commune. Pendant les réunions on va partager nos problématiques, des informations. » (Infirmière d'une EMSP du 95).

Ces deux exemples nous permettent de réfléchir aux cas où il n'y aurait pas de poste de coordination-régulation. L'auto-organisation semble satisfaisante et relativement efficace du point de vue des professionnelles rencontrées, le format de l'enquête ne permettant pas d'interroger les partenaires, personnes accompagnées et financeurs des autres départements. Cette organisation suppose cependant une répartition préalable en termes de zone géographique et de public, ainsi que des ressources en interne pour dégager du temps dédié à cette « auto-coordination ». En Seine-Saint-Denis, la coordinatrice-régulatrice souligne que « les départements sans coordination s'organisent déjà, et c'est ce qu'il se passait avant qu'[elle] arrive ici. [Elle] imagine bien le 93 faire ça, les responsables des équipes se connaissaient déjà [avant son arrivée]. » Ainsi, les EMMS du 93 auraient très bien pu s'organiser elles-mêmes efficacement, mais pour autant la présence d'une personne en charge de ces missions semble avoir une réelle valeur ajoutée, présentée précédemment, à tel point que « certains départements sans régulation en réclament une » (ARS Île-de-France). De plus, la coordinatrice du 94 explique les échos qu'elle a eu d'un autre département sans coordination où les EMMS étaient peu sollicitées : « J'ai eu un électrochoc quand le collègue me parlait du 92 en disant que ça ne marchait pas sur l'autre département, qu'ils avaient peu de demandes. Il faut une personne qui incarne ça c'est plus simple [...] Que ça se voit de façon chiffrée c'est intéressant. »

La régulation des EMMS de Seine-Saint-Denis permet ainsi de centraliser les demandes, d'organiser des rencontres inter-équipes, d'assurer un soutien auprès des partenaires, de proposer d'autres orientations si la demande ne s'inscrit pas dans les missions des EMMS, de communiquer sur les équipes auprès des partenaires, d'avoir une vue d'ensemble sur les besoins du département... L'existence d'un interlocuteur unique facilite les échanges et la sollicitation du dispositif. Cette sollicitation est censée se faire via le formulaire de la régulation. 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. De plus, 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 et en interconnaissance.

B - Une coordination à deux vitesses

Nous nous intéressons ici plus en détail au lien qui unit les EMMS de Seine-Saint-Denis : de quelle façon la régulation et les actions communes peuvent favoriser la dynamique partenariale inter-équipes ? Pour autant, l'interconnaissance est-elle parfaite ? Le lien qui les unit ne pourrait-il pas être renforcé ? Et un changement d'échelle ne pourrait-il pas être envisagé lorsque l'on parle de coordination inter-équipes ?

• Une dynamique partenariale inter-équipes amorcée...

Une partie importante de la mission de la régulation consiste à coordonner les EMMS du département et à renforcer le lien qui les unit. Cela prend forme grâce à des réunions entre les coordinateur·ice·s des EMMS tous les trois mois environ, avec la présence de l'ARS-DD93. Des temps d'information ou de formation à destination des EMMS sont régulièrement organisés, par exemple des présentations de nouveaux partenaires sur la santé sexuelle, le diabète, la visite des différents services d'un hôpital, etc. La régulation a été à l'initiative de deux temps entre les équipes (et non plus seulement entre les coordinateur·ice·s) : un qui a permis aux équipes de se présenter et l'autre qui avait pour objectif de créer des supports communs (bilan infirmier et schéma de prise en charge communs).

On observe un cercle vertueux entre collaboration et connaissance : la connaissance entre les équipes permet ensuite de travailler ensemble sur certaines situations, et à l'inverse, la collaboration sur des cas concrets permet de mieux se connaître.

Étude de cas La passation d'une situation entre l'EMSP d'Interlogement93 et l'ACT hors les murs d'Aurore. Immersion, printemps 2024

Une infirmière de l'EMSP d'Interlogement 93 a contacté la psychologue de l'ACT hors les murs d'Aurore suite à un échange entre les deux responsables à propos d'une situation qui concerne une dame suivie par l'EMSP, avec un diabète non stabilisé et des problèmes d'anxiété et de dépression. Au moment de la rencontre entre les deux équipes, chacune reprecise ses missions. Comme la dame est atteinte de maladie chronique, l'ACT hors les murs pourrait prendre le relais. Et la dame est hébergée dans une commune proche des locaux d'Aurore. Après la présentation de la situation et du suivi en cours, l'infirmier de l'ACT dit « qu'il a du mal à voir ce qu'eux pourrait faire de plus ». Les missions des EMSP et des ACT hors les murs sont en réalité très proches et ces deux dispositifs sont amenés à suivre des personnes aux

situations similaires. Une infirmière de l'EMSP d'Interlogement93 souligne à l'occasion de cette rencontre qu'avoir une psychologue dans l'équipe pourrait être un plus pour le suivi de cette dame du fait de ses problématiques. Finalement, après un échange où il n'a pas été mentionné clairement l'idée d'une passation, l'ACT hors les murs a rencontré la dame en question avec l'EMSP et c'est désormais l'équipe d'Aurore qui la suit.

Cet exemple illustre bien un cas où, les coordinatrices qui se connaissent bien avait parlé d'une situation et d'une éventuelle prise de relais, mais au contraire, pour les équipes, qui se découvraient, il a fallu plusieurs échanges téléphoniques et une rencontre pour « s'approprier » et passer d'une certaine méfiance à une collaboration et enfin à une passation de dossier.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

Les EMMS sont sollicitées par l'ARS pour des opérations spécifiques, qui impliquent la mobilisation de salariées de différentes équipes pour une journée (ou plus) afin d'effectuer des bilans infirmiers auprès des personnes mises à l'abri dans un gymnase l'hiver par exemple, ou encore d'effectuer des actions sanitaires au sein d'un bidonville. Les opérations ponctuelles, commanditées par l'ARS, mais organisées par la coordination des EMMS du 93, sont citées par beaucoup de professionnel-le-s comme favorisant fortement l'interconnaissance et l'harmonisation des pratiques.

« Les équipes aiment beaucoup ça [les opérations ponctuelles ARS], ça permet de se croiser, de créer un bilan infirmier commun, d'harmoniser. Ça motive aussi, elles sont parfois très seules sur le terrain. [...] » **Coordinatrice du 94.**

Pour les équipes de Seine-Saint-Denis, les actions communes ont également permis d'initier un travail sur une harmonisation du questionnaire infirmier à l'occasion d'un atelier d'une demi-journée organisée par la régulatrice-coordinatrice.

Ces actions impliquent parfois d'autres acteurs mobiles, comme ça a été le cas sur un campement avec l'équipe mobile de PMI ou les équipes mobiles de Médecins du Monde, habituées à intervenir sur ces lieux et familières des ménages sur place. Ces collaborations favorisent la dynamique partenariale entre équipes mobiles au sens large, plus seulement celles de la mesure 27.

• ... Mais qui reste à améliorer

Malgré la dynamique amorcée qui favorise la connaissance des EMMS entre elles, particulièrement entre les coordinateur-ice-s, l'ampleur des tâches à effectuer, les sous-effectifs, les difficultés liées à un contexte politique critique pour le secteur, conduisent souvent à un quotidien intense dans lequel il est compliqué pour les professionnelles de trouver le temps de se rencontrer. De plus, il est fréquent que l'équipe ait déjà ses partenariats habituels et n'ait pas réellement besoin d'échanger avec d'autres EMMS ; il y a souvent d'autres priorités.

Le turn-over accentue le besoin de rencontres fréquentes, particulièrement dans le cas de l'ESSIP dont l'activité est sanitaire et concerne moins la coordination de soins que les autres EMMS. En effet, lors d'un entretien semi-directif avec une infirmière intérimaire de l'ESSIP, quand elle est questionnée sur sa connaissance des autres EMMS, notamment les EMSP, elle répond : *« Les équipes mobiles de soins palliatifs⁴⁸ ? Oui j'en avais entendu parler à l'hôpital »*. Cette réponse est révélatrice du manque de connaissance des EMSP de la part d'une professionnelle arrivée récemment dans l'ESSIP ; mais aussi des conséquences dommageables d'avoir nommé un dispositif à partir d'un acronyme déjà existant.

Par ailleurs, le fait d'avoir deux équipes dans la même association va évidemment favoriser la connaissance entre les dispositifs. C'est le cas de l'EMSP et de l'équipe périnatalité du Groupe SOS, dont les bureaux respectifs sont dans le même couloir ; ainsi que de l'EMSP d'Hôtel Social 93 et de l'ESSIP de La Main Tendue, toutes deux dans le groupement Abri. Mais parfois il s'agit du seul lien conséquent avec une autre EMMS :

« On a des liens fréquents avec l'ESSIP vu qu'on est dans les mêmes locaux. Par contre on n'a presque pas de lien avec les autres équipes. Ça arrive quand on switche sur une situation, en lien avec un changement de secteur, quand c'est plus simple pour une équipe d'aller à tel endroit. »

⁴⁸ Les équipes mobiles de soins palliatifs, parfois appelées EMSP, est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé (SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ).

En général, les équipes connaissent l'existence et les missions des autres EMMS et s'orientent des situations entre elles quand c'est pertinent. Par exemple, lors des immersions, la passation automatique de situations vers l'équipe périnatalité a été constaté quand il y avait une femme enceinte au sein du ménage. Il est beaucoup plus rare en revanche qu'il y ait un lien partenarial fort entre les professionnelles et que ces dernières se soient déjà vues plusieurs fois. Pour autant, on observe un réel désir de la part des salariées des équipes de consolider ces liens et de se rencontrer plus souvent :

« On avait parlé à un moment donné, de peut-être se rencontrer, faire des groupes de travail entre nous. Et peut-être que ça pourrait être sympa de faire un échange de pratiques entre nous vu qu'on fait la même chose et qu'on intervient à peu près tous sur le même territoire. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

• Élargir la coordination ?

La dynamique de coordination entre les EMMS semble bien amorcée, notamment du fait de la présence d'une personne dédiée à ce rôle, bien que l'interconnaissance des EMMS puisse encore être améliorée. La question que l'on se pose désormais, et que différents acteurs évoquent, c'est celle de l'élargissement de cette coordination, tant d'un point de vue géographique que sur le plan des dispositifs.

D'abord, sur la question de l'échelle géographique, on constate que de nombreuses problématiques ne sont pas propres à la Seine-Saint-Denis, et sont communes aux EMMS de différents départements : *« Je ne pense pas qu'il y ait d'enjeux propres au 93, je vois plus des difficultés régionales et nationales. »* **(Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93).** Échanger à une échelle plus large que le département serait donc pertinent comme ça l'a déjà été dans le passé:

« On avait organisé des webinaires régionaux, le partage et les échanges de pratiques c'est super important. Par exemple une fois, une personne avait une position très négative et a pu être confronté à d'autres pour qui c'était très positif et ça permet de comprendre qu'à certains endroits ça marche très bien. » **ARS Île-de-France**

« J'ai adoré voir la réunion de tous les ACT hors les murs de toute l'Île-de-France, de voir les nuances, ça a créé des liens à plus grande échelle. Rien qu'en pensant à Delta⁴⁹ on voit qu'on est dans une logique régionale. Ça a ouvert mon esprit de penser comme ça. Il y a un vrai sujet à réfléchir le territoire en dehors du département. Le territoire il est très poreux en fait. » **Coordinatrice du 94.**

À titre de comparaison, les EMPP françaises se rencontrent une fois par an, et les EMPP franciliennes trois fois par an.

On peut voir les débuts d'une coordination régionale entre certaines équipes spécialisées sur la périnatalité ; comme elles n'ont pas d'équipes homologues sur leur département elles vont les chercher au niveau de la région. L'équipe périnatalité du Groupe SOS a participé à des groupes de travail avec d'autres équipes d'Île-de-France pour aborder différentes thématiques comme la coordination et la mise en lien avec les structures d'accueil ou la constitution d'un DIPC⁵⁰ commun.

⁴⁹ Organisme en charge de la gestion des nuitées hôtelières en Île-de-France, porté par le Samu Social de Paris

⁵⁰ Le document individuel de prise en charge (DIPC) est le document qui doit être remis à toute personne accueillie ou accompagnée par un établissement ou service social ou médico-social soit lorsque la remise d'un contrat de séjour n'est pas obligatoire, soit lorsque l'offre de contrat de séjour a été refusée.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

« On s'était rencontrés une première fois et au début, donc il n'y avait que l'équipe du 93, Basiliade l'équipe du 75 et l'équipe d'Athis-Mons du 91 et 94. On s'était vus une ou deux fois ensemble pour parler plutôt du terrain, sauf qu'on n'a pas vraiment les mêmes missions, on s'en rend compte. Paris, je pense qu'on se ressemble pas mal, sauf qu'elles font beaucoup plus d'accompagnement vers des rendez-vous. Dans le 91, ils sont détachés du LHSS donc il n'y a pas que les sage-femmes qui sortent et elles sont presque comme des sage-femmes libérales. Et dans le 78, ils ont très peu de femmes à la rue donc c'est beaucoup des femmes en 115 ou c'est vraiment des moments très très ponctuels. Il y en a une aussi dans le 77 qu'on n'a pas encore rencontrée. » **Sage-femme, EMMS périnatalité.**

On constate une vraie volonté des différentes équipes de se rencontrer à plus large échelle, notamment dans un objectif de plaidoyer :

« Nous on est très intéressées par les retours d'autres équipes pour mettre en commun les manières de travailler, pour faire remonter et dire qu'on n'est pas assez. » **Coordinatrice d'une EMSP du 77.**

En plus d'une coordination entre EMMS plus large au sens géographique, se pose la question d'une coordination entre les équipes mobiles de Seine-Saint-Denis, incluant les autres équipes mobiles qui ne sont pas financées par la mesure 27 notamment l'Equipe mobile de PMI, la PASS mobile et les EMPP.

« Après les évacuations de campements roms et les questions sur la rougeole et la rubéole, on s'est dit qu'il serait intéressant d'avoir une coordination de toutes les équipes mobiles, ce serait quelque chose qu'il faudrait qu'on pérennise sur le plan départemental pour voir comment poursuivre cette complémentarité. [...] Ce serait intéressant d'avoir une cellule comme ça pour le 93. On en a déjà fait une où chacun a dit ce qu'il fait, en visio. Ça c'est à nous de le porter, ou à travers la régulation des équipes mesure 27. » **ARS-DD93.**

« Ce serait intéressant de rencontrer toutes les équipes mobiles pour les identifier » **Responsable d'une EMPP du 93.**

« C'est intéressant d'avoir de la coordination qui «vient d'en haut», quand c'est l'ARS qui nous inclut, par exemple pendant les épidémies en campement. [...] C'est intéressant d'être dans cette coordination, car ça donne une grande force de frappe. [...] Je crois qu'il faudrait des instances juste pour apprendre à se connaître : ça prend un temps fou de découvrir des équipes, mais c'est nécessaire. On gagne tous à se connaître. » **Travailleuse sociale, équipe mobile de PMI.**

Les extraits ci-dessus nous montrent que rassembler les différents dispositifs mobiles à destination de publics en situation de précarité de Seine-Saint-Denis intéresse les acteurs et actrices de terrain comme les financeurs.

La coordination des EMMS est bien amorcée en Seine-Saint-Denis, notamment grâce à l'impulsion donnée par le poste de la régulation. Pour autant, les professionnelles des équipes ne sont pas encore parfaitement unies par des liens solides et sont avides de rencontres et d'échanges. Ces derniers pourraient d'ailleurs être pensés de façon plus large, tant sur le plan territorial qu'en termes de dispositifs.

II. Définir, bâtir et entretenir un réseau : le défi permanent des EMMS

Les EMMS, par définition, sont censées faire le lien entre la personne suivie et les professionnel-le-s, du médical, du social, ou du médico-social, qui l'entourent. De plus, pour intervenir, il faut recevoir un signalement par un acteur du département. D'où la nécessité d'être identifié sur le territoire. Cet enjeu rejoint la question du non-recours aux EMMS : ce dernier s'explique-t-il seulement par un défaut de connaissance ou d'autres raisons entrent-elles en jeu ? Pour une mise en œuvre efficace des EMMS, il est indispensable d'étudier les dynamiques partenariales autour de ces dernières, pour viser un maillage territorial le plus complet possible.

A - Se faire connaître

La première étape de la sollicitation des EMMS ou d'un partenariat c'est l'identification. Rien n'est possible si le dispositif n'est pas connu des acteurs du territoire. Du fait du caractère encore récent des EMMS, il s'agit d'un enjeu central.

• Communiquer pour exister

L'urgence à se faire connaître n'est pas propre aux EMMS et était bien identifiée par leur porteurs de projet. De gros efforts ont été déployés dans ce sens au moment de la mise en place des équipes.

« Les premiers mois j'ai fait beaucoup beaucoup de présentations, ça fait partie du poste, les partenariats c'est important. Ça permet d'avoir un regard 93. Parfois les équipes se présentent à des partenaires, mais elles se présentent juste elles-mêmes, sans moi. Ce n'est pas un souci de faire doublon. C'est important et indispensable d'être identifié par les partenaires. [...] Et c'est très important pour moi de connaître les partenaires : notamment pour creuser des situations reçues ou réorienter si besoin. » Coordinatrice-régulatrice du 93.

« J'ai passé beaucoup de temps à présenter au début : sur le groupement, dans les hôpitaux, dans d'autres associations, des CCAS... Et après j'ai ouvert un LHSS donc c'est devenu plus compliqué de trouver le temps. Maintenant je vais avoir une remplaçante qui sera à temps plein donc ça permettra de refaire ça. Jalfaou était associée aussi : on a fait des visites ensemble. L'objectif c'est de se faire connaître, mais aussi d'accéder aux hôpitaux. Par exemple l'APHP manquait dans les partenaires, c'est prévu dans les prochaines rencontres. » Coordinatrice, EMMS.

On constate que, si l'enjeu premier est bien de se faire connaître, la dynamique est réciproque : il s'agit aussi de mieux connaître les acteurs à l'occasion d'une rencontre.

« Sur les premiers mois je n'ai fait que des rencontres partenaires : il fallait se faire connaître auprès des maternités, des CHU, des réseaux de périnatalité, NEF, Solipam, des UAP⁵¹. On a essayé de couvrir les grands groupes hospitaliers du 93. On présentait nos activités, mais c'était un challenge car on n'avait pas trop encore de publics et de sollicitations [...] Actuellement un nouveau cycle commence, on va recontacter les partenaires pour mailler, maintenant il y a de l'expérience. » Coordinatrice, EMMS.

⁵¹ Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP), pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, dans des hôpitaux.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

La communication autour du dispositif peut se voir comme un processus et non une action à effectuer seulement à un instant T. Comme le souligne la coordinatrice ci-dessus, maintenant que les EMMS ont plus de recul sur leur activité, il est pertinent de se présenter à nouveau. Cela est d'autant plus adapté que le turn-over est très important dans le secteur.

« Les partenaires, il ne faut pas les voir une seule fois, il faut y aller, représenter encore et encore. »
Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93.

Les équipes ne sont pas confrontées aux mêmes enjeux en termes de communication et de réseau partenarial selon les différences de zone géographique couverte. À titre d'exemple, l'EMSP d'Hôtel Social 93 doit se faire connaître à l'échelle du département tandis que celle du Groupe SOS se concentre sur la commune de Saint-Ouen et quelques communes limitrophes. Les professionnel-le-s ont eu l'occasion d'échanger sur ce sujet à l'occasion d'un focus group en juin 2024 :

« C'est bien d'être sectorisé parce que comme ça, ça fait gagner du temps, même les partenaires, on centralise, on a un petit territoire, mais on a quand même un territoire qui peut favoriser le travail avec nos partenaires et on va travailler toujours avec les mêmes. » **Infirmière, EMMS.**

Une professionnelle d'une autre équipe rebondit :

« Oui, le fait que ça soit tout le 93, c'est dur, en fait ça dépend des partenaires. Je pense par exemple à l'hôpital de Saint-Denis, Delafontaine, on est très bien identifiés et c'est super, par contre il y a d'autres hôpitaux qui ne nous connaissent pas du tout et du coup, ben ça, c'est dommage. »

Quand le secteur est étendu, d'autres acteurs peuvent servir d'intermédiaires et prendre le relais de la communication. C'est le cas par exemple des chargé-e-s de mission hébergement au SIAO 93, qui communiquent très régulièrement à propos des EMMS auprès des structures d'hébergement du département :

« On en parlait déjà beaucoup de manière informelle, mais maintenant aussi de façon formelle. Tu vois le formulaire de sollicitation des équipes mobiles, on l'a mis dans notre signature de mail avec l'idée de dire que si vous êtes confronté à une situation de santé [...] un repérage peut être fait. » **Chargé-e de mission hébergement, SIAO 93.**

De plus, on constate un « effet boule de neige » dans certains cas où le partenaire contacte pour la première fois une équipe ou la régulation et va de fil en aiguille découvrir les autres équipes :

« Moi je suis en contact quotidien avec l'EMSP du Groupe SOS, et c'est comme ça que j'ai découvert l'existence de l'ACT hors les murs. » **Médiatrice en santé, structure ayant contacté les EMMS.**

Finalement, on voit bien comment la connaissance des EMMS par les partenaires, entre les différents « cycles » de communication, les intermédiaires qui relaient l'information, le bouche à oreille informel, l'appropriation des dispositifs, est déjà à un niveau qui permet une activité satisfaisante, et surtout se situe dans une dynamique d'augmentation progressive. La Figure 14 nous montre que presque 70 % des répondant-e-s au « questionnaire auto-administré prescripteur-ice-s SIAO » avait entendu parler des équipes médico-sociales mesure 27. Parmi celles et ceux qui ont répondu « oui », la moitié en ont entendu parler par Interlogement93, tous services (régulation, EMMS, 115, service hébergement...) confondus (cf. Figure 15).

Avez-vous entendu parler des équipes mobiles médico-sociales de Seine-Saint-Denis présentées dans le texte ci-dessus ? (n= 281)

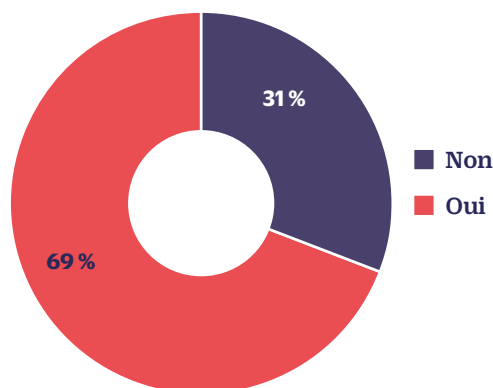


Figure 14 : Connaissance des EMMS, 281 répondant-e-s,
SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ EN LIGNE AUX PRESCRIPTEUR-ICE-S SIAO.

Si oui, comment ? (n=193)

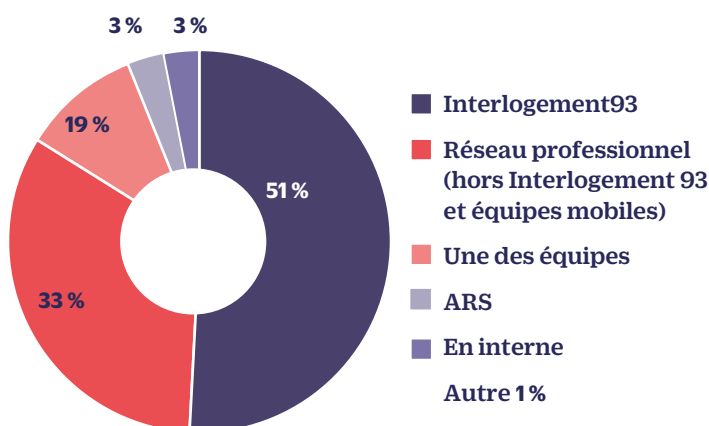


Figure 15 : Par quel intermédiaire les EMMS ont-elles été connues ? 193 répondant-e-s,
SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ EN LIGNE AUX PRESCRIPTEUR-ICE-S SIAO.

• Des partenaires qui n'y voient pas clair

Malgré le travail de communication présenté précédemment, il a été constaté tout au long de l'étude une forme de méconnaissance ou de la confusion vis-à-vis des EMMS de la part de différent-e-s professionnel-le-s.

Tout d'abord, on constate que les partenaires peuvent parfois connaître une équipe ou un type de dispositif des EMMS, mais pas la totalité. Dans le « questionnaire auto-administré aux prescripteur-ice-s SIAO », les répondant-e-s qui ont déjà entendu parler d'une EMMS citent l'EMSP d'Interlogement93 en première position, puis les suivantes sont connues dans les mêmes ordres de grandeur, sauf pour l'équipe Ovale périnatalité du Groupe SOS qui se situe en dernière position (cf. **Figure 16**). Des professionnelles de services sociaux hospitaliers rencontrées lors d'entretiens ne connaissaient par exemple que les ESSIP⁵². Certain-e-s

⁵² Cette connaissance est liée à la proximité en termes d'activité professionnelle sanitaire entre l'hôpital et l'ESSIP. Ce point est développé dans le III. B).

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

interlocuteur·ice·s découvraient quant à elles-eux un type d'équipes lors des échanges au cours de l'entretien. C'était le cas par exemple d'une cheffe de service d'un centre d'hébergement qui était intéressée pour en savoir plus sur l'ESSIP, car elle ne savait pas que cela existait et une personne de sa structure sans droit de santé ouvert avait besoin de l'intervention de soins infirmiers.

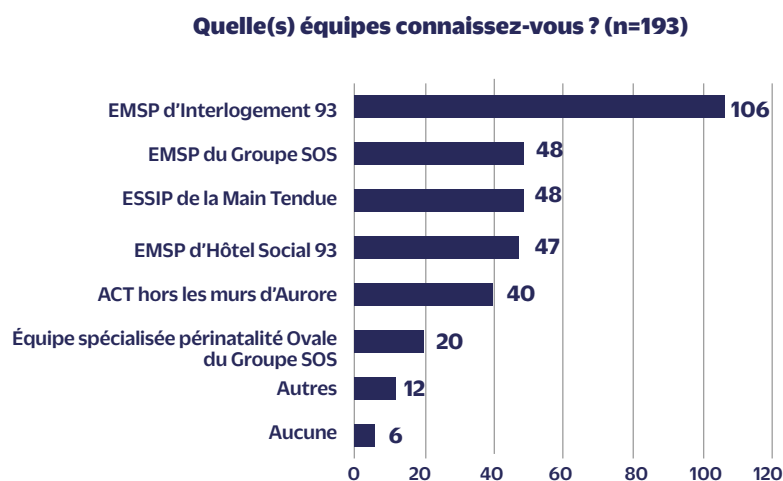


Figure 16 : Connaissance des EMMS par équipe, 193 répondant-e-s.
SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ EN LIGNE AUX PRESCRIPTEUR·ICE·S SIAO.

Le rajout de dispositifs au « *mille-feuille administratif déjà existant* » (ARS-DD93) favorise cette confusion :

« On a eu des présentations. Mais c'est vrai qu'on oublie, il y a beaucoup de dispositifs, si on n'a pas de cas qui correspond à l'instant T on oublie. Il y a beaucoup d'assos dans le 93. » **Travailleuse sociale, structure ayant contacté les EMMS.**

« On crée beaucoup de dispositifs donc c'est sûr que l'enchevêtrement peut être compliqué. » **ARS-DD93.**

Beaucoup de partenaires confondent les EMMS avec les EMPP, dispositif plus ancien. Dans la catégorie « Autres » de la Figure 16, qui laissait un champ libre, 12 répondant-e-s ont renseigné des EMPP alors qu'il était explicite que le questionnaire ne portait pas sur ces dernières. De plus, l'extrait ci-dessous nous montre que la personne interrogée, pour justifier son non-recours aux EMMS, pense à des équipes spécialisées psychiatrie, mais associe également l'intervention d'équipes mobiles à l'urgence, ce qui n'est le cas ni des EMMS, ni des EMPP.

« Je n'ai jamais contacté ces équipes, vu la population qu'on accueille qui n'a pas de très grosse problématique de santé [...] : jusqu'à maintenant on n'a pas de cas psychiatrique, de personne qui a des grosses maladies [...] on n'a pas eu besoin d'interventions d'urgence pour des personnes qui représentaient une situation dangereuse » **Directeur·ice de structure d'hébergement, structure n'ayant jamais sollicité les EMMS.**

Notons que la connaissance des équipes est corrélée à la quantité de signalement d'une part, et à la qualité de ces derniers d'autre part. L'ARS-DD93 identifie des cycles durant lesquels un temps de présentation dans une structure serait suivi d'une hausse de sollicitation de la part de cette structure :

« C'est assez cyclique : dès qu'elles [les EMMS] vont se présenter dans les structures, on observe une hausse des demandes et puis ça retombe. Il ne faut pas juste attendre que les opérateurs sollicitent, les sollicitations ne reflètent pas forcément la réalité du coup. Ce serait plus intéressant que ce soit plus constant. »

« Quand il y a rencontre physique avec les partenaires, c'est beaucoup plus fluide après. Je l'ai constaté après avoir rencontré les équipes sociales de structures d'hébergement. La différence se voit dans les demandes. » **Coordinatrice-régulatrice du 75.**

Dans cette logique, plus les partenaires comprendront les missions des EMMS, plus les signalements non pertinents qui nécessitent d'être réorientés vers d'autres dispositifs seront faibles. On voit qu'un effort de communication est nécessaire car sur les années 2023-2024, la proportion des signalements non adaptés aux missions des EMMS dans le total des signalements reçus par la régulation est de 23 % en moyenne, sans la dynamique de diminution qui pourrait être attendue (**Figure 17**).

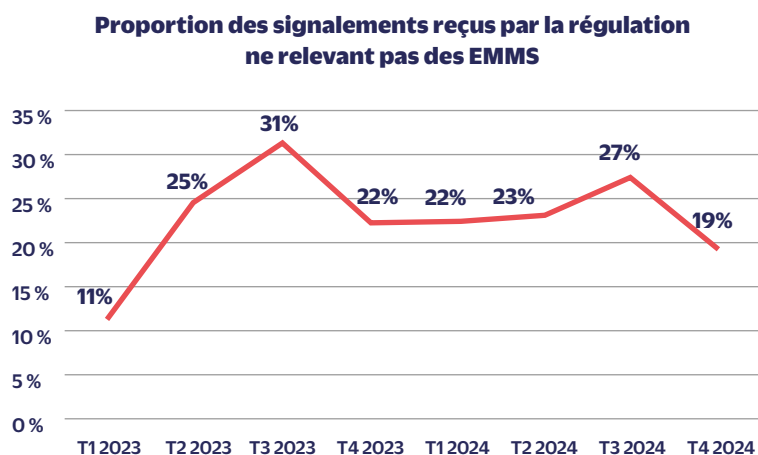


Figure 17 : Proportion de signalements envoyés à la régulation des EMMS ne relevant pas des missions de ces dernières.
SOURCE : INDICATEURS DE SUIVI D'ACTIVITÉ DE LA RÉGULATION, INTERLOGEMENT 93, 2023 ET 2024.

Une grande partie des signalements qui ne relèvent pas de l'activité des EMMS correspond à des demandes de mise à l'abri ou d'hébergement, qui ne sont pas forcément liées à une méconnaissance du dispositif, mais à une stratégie des professionnel-le-s de « tenter le tout pour le tout » pour trouver un hébergement aux personnes accompagnées.

« Plus de 80% des signalements correspondaient à l'activité des équipes. Et on s'y attendait, car c'était principalement des demandes d'hébergement pour les 20 % restants. Comme le 115 est saturé, dès qu'on ouvre un nouveau dispositif il y a toujours des demandes de mise à l'abri qui passent par là. »
Responsable de pôle, Interlogement93.

De plus, il arrive que la demande semble pertinente, et donc que la régulation l'attribue à une équipe, et qu'en réalité les missions n'aient pas été bien comprises par le partenaire sollicitateur :

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

« Des personnes signalent juste parce qu'il y a un problème de santé alors qu'il y a déjà un suivi très bien fait. Dans ces cas-là on ne sert à rien ». **Infirmière, EMMS.**

« Le PRADO⁵³ et l'hôpital ne comprennent pas forcément nos missions, ils demandent parfois du passage 3 fois par jour. Et certains nous ont demandé de faire du ménage, j'ai dû expliquer que ce n'est pas le rôle d'une aide-soignante. Du coup il faut réexpliquer au partenaire. » **Aide-soignante, EMMS.**

Rappelons néanmoins que le dispositif est encore jeune et qu'« il faut un petit peu de temps, ça ne fait que 2 ans » (**Directrice d'une EMSP du 95**). L'implantation d'un dispositif dans un territoire et l'appropriation par les actrices et acteurs de terrain est un processus lent.

« Pour la communication on a fait plusieurs campagnes de mails aux prescripteurs, des petits-déjeuners en visio ou en présentiel. L'ARS a communiqué aussi auprès des acteurs sanitaires et médico-sociaux par mail. C'est visible sur notre site internet... Mais on a encore des efforts à faire. C'est normal que ça mette plusieurs années avant qu'un dispositif soit connu. » **Responsable de pôle, Interlogement93.**

« Les ACT ont été créés dans les années 1990, ça a mis du temps. En général ça met du temps. Et puis en ce moment il y a beaucoup de turn-over donc c'est compliqué. C'est pourquoi la régulation est très importante, car elle fait tout le travail de communication. Je trouve que ça aide beaucoup. Pour moi ça va mettre au moins 5 ans avant que ce soit diffusé et compris. » **Coordinatrice, EMMS.**

Notons de plus que les problématiques de turn-over des professionnel-le-s compliquent la maîtrise du dispositif par les partenaires. Ce point sera approfondi dans le II. C).

• Sur l'importance « d'aider » et la difficulté à être identifié-e-s par les usagers

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé de la connaissance des EMMS seulement du point de vue des professionnel-le-s : qu'en est-il pour les personnes qu'accompagnent ces équipes ?

Au même titre que les partenaires nous constatons des difficultés de compréhension par les personnes accompagnées, en lien notamment avec un trop grand nombre d'associations rencontrées. Plusieurs personnes interrogées dans le cadre des entretiens n'arrivent pas à se rappeler précisément avoir rencontré une équipe mobile. C'est le cas par exemple d'une femme de 30 ans hébergée à l'hôtel avec sa fille, qui ont été accompagnées par l'équipe périnatalité Ovale à la suite d'une fausse couche, puis par l'EMSP d'Hôtel Social 93 lors d'un moment qui coïncide avec une période de vie à la rue et d'un grand nombre de rendez-vous différents (médecins, psychiatre, dentiste). Dans certains cas, le lien se fait à la fin de l'entretien, grâce à un prénom, au souvenir d'une affiche de permanence de l'équipe...

« Rajouter des professionnels c'est compliqué pour la personne accompagnée quand il y a déjà un suivi. Il faut évaluer la plus-value. » **Travailleuse sociale, structure ayant déjà contacté les EMMS.**

⁵³ Le PRADO est un dispositif qui vise à aider le patient à sa sortie de l'hôpital pour lui faciliter un retour chez lui avec un suivi adapté.

Par ailleurs, même si les personnes ont bien l'intervention de l'EMMS en tête, une autre difficulté consiste à identifier le métier des professionnelles qui les accompagnent. Parfois, en entendant « santé », les personnes pensent à des médecins :

Extrait du carnet de terrain, immersion avec une EMSP au début de l'année 2024 :

« Avec un binôme d'infirmières de l'EMSP (la travailleuse sociale avait un empêchement), nous nous rendons dans un hôtel social à Bobigny pour rencontrer un homme de 74 ans. Quand nous entrons dans sa chambre, il a l'air stressé, et raconte immédiatement qu'il a été mis dehors par un médecin qui l'a traité d'alcoolique et qu'il a de sérieux problèmes respiratoires. Il explique avoir besoin d'une ordonnance pour ses problèmes pulmonaires, et qu'il est donc content que des médecins lui rendent visite. Les deux infirmières lui expliquent alors qu'elles ne sont pas médecins, leurs missions et les raisons de leur venue. »

En lien avec le lieu de la rencontre, la confusion peut aussi se faire entre infirmière et travailleuse sociale :

Extrait du carnet de terrain, immersion avec une infirmière d'une EMSP en mars 2024 :

« Nous nous trouvons dans un accueil de jour à l'occasion d'une permanence. Un homme s'installe pour échanger avec l'infirmière. Il ne parle pas très bien français. Il explique qu'il s'est fait voler ses papiers la veille et qu'il n'a plus rien. L'infirmière explique son métier et le fait qu'elle est là pour la santé. L'homme comprend son erreur et se lève, mais elle lui propose d'en profiter pour faire un bilan de santé, chose qu'il accepte. »

Néanmoins, il faut noter que nous nous situons dans un cas particulier d'équipes pluriprofessionnelles, ce qui favorise un manque de clarté au niveau de l'identification des professions. Même si le métier n'est pas toujours clairement identifié par les personnes, la majorité s'accorde sur une certaine perception des EMMS autour du fait « d'aider ».

« Il me semble qu'elle aide, mais j'ai pas vraiment compris son travail exact. » **Homme seul, 28 ans.**

« Je l'appelle toujours quand j'ai mal quelque part, quand j'ai besoin de récupérer un papier. C'est la seule qui m'aide alors je l'appelle quand j'ai besoin. » **Homme seul, 33 ans.**

« L'équipe m'a entouré et soutenu et elle a pu aider sur tout » **Homme seul 77 ans.**

« En tout cas, je sais qu'elles sont assistantes sociales. Je ne sais pas le métier, mais moi, je peux dire que les assistantes sociales, c'est pour aider les gens. » **Homme seul, 36 ans, hébergé en CHRS.**

La confusion évoquée ici pose la question du droit des personnes de savoir par quels dispositifs elles sont accompagnées et la nécessité de s'assurer que toutes les conditions sont réunies pour favoriser au mieux la compréhension. Comme évoqué dans la Partie 1 II. C), les outils de la loi 2002-2, pensés pour remplir cet objectif dans le cadre d'accueil dans des structures, sont peu adaptés aux équipes mobiles.

L'enjeu de la connaissance des EMMS par les différentes parties prenantes est centrale : comment solliciter les équipes si on ne comprend pas leurs missions ? La dynamique à l'œuvre va dans le sens d'une amélioration

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

de la maîtrise du dispositif, mais cela nécessite des efforts constants et chronophages de communication. Malgré ces derniers, une confusion certaine demeure du côté des professionnel-le-s de Seine-Saint-Denis. Il en va de même pour les personnes accompagnées, que ce soit avant ou après l'accompagnement, mais qui situent néanmoins l'action des EMMS autour de la notion d'aide.

B - Solliciter les EMMS ?

Une fois les EMMS identifiées et connues, quelle est l'ampleur du recours au dispositif ? À l'inverse, comment estimer le non-recours ? À l'aide des données recueillies, nous tenterons effectivement d'expliquer pourquoi certains acteurs qui pourraient bénéficier de l'intervention des EMMS ne sollicitent pas ces dernières. Nous verrons également si des pistes de réduction du non-recours se dessinent.

• Mesurer le recours aux EMMS

Concrètement, solliciter les EMMS signifie envoyer un signalement soit à la régulation soit directement à une équipe. Afin de mesurer le nombre de signalements reçus par la régulation, nous utilisons les indicateurs de suivi internes. En 2023, la régulation des EMMS de Seine-Saint-Denis a reçu 299 signalements. Le premier type d'acteurs à contacter la régulation est le SIAO, dont le 115 (cf. Figure 18), suivi par les acteurs du sanitaire (services sociaux hospitaliers, CMP, EMPP). Les signalements exprimaient majoritairement (à hauteur de 59 %) un besoin d'évaluation et d'orientation (cf. Figure 19), et 28 % concernaient un besoin d'intervention d'une équipe pour délivrer des soins.

Catégorie professionnelle des professionnel-le-s ayant sollicité la régulation des EMMS en 2023 (n=299)

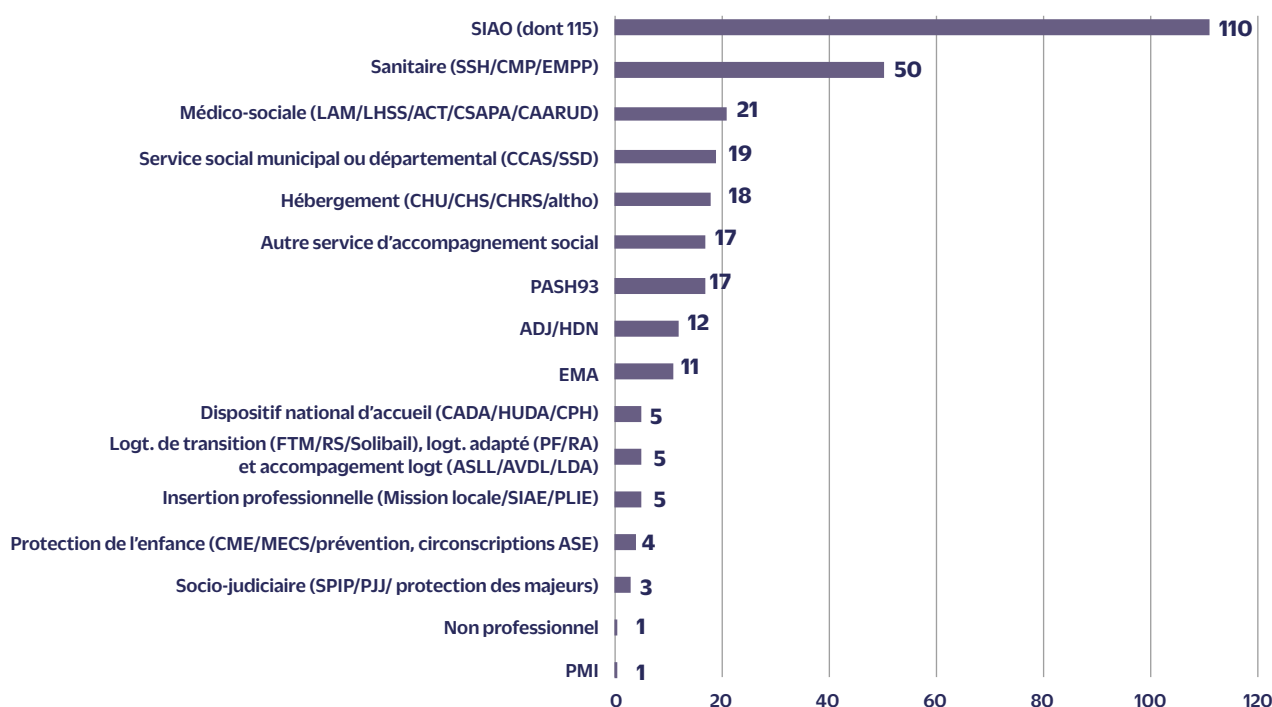


Figure 18 : Secteur d'activité des professionnel-le-s ayant contacté la régulation en 2023.

SOURCE : INDICATEURS DE SUIVI D'ACTIVITÉ DE LA RÉGULATION, INTERLOGEMENT 93.

Besoin principal identifié dans les signalements transmis à la régulation en 2023 (n=299)

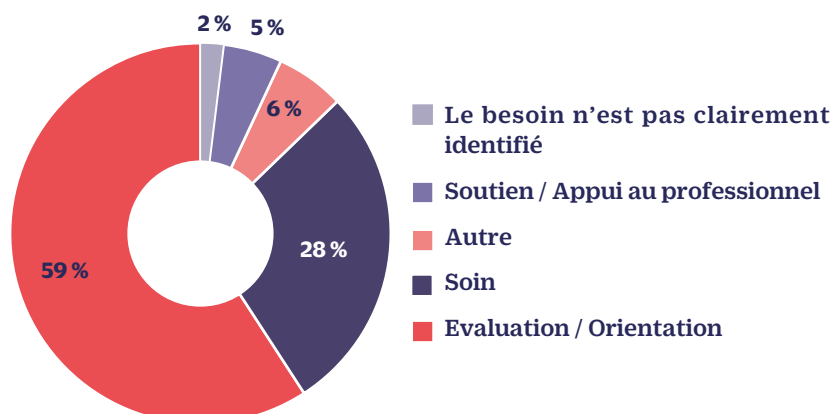


Figure 19 : Besoin principal identifié dans les signalements transmis à la régulation en 2023.

SOURCE : INDICATEURS DE SUIVI D'ACTIVITÉ DE LA RÉGULATION, INTERLOGEMENT 93.

Concernant les sollicitations directement adressées aux équipes, qui ne transitent pas par la régulation, les données ne sont pas disponibles. Avoir des indicateurs clairs sur les signalements reçus par la régulation et par les équipes constitue un des enjeux de l'outil Ariane, comme évoqué dans la Partie 1, II. C). La personne en charge de la régulation et de la coordination des EMMS a tenté de centraliser cette information à plusieurs reprises, sans succès au moment de l'écriture de cette étude, le travail de centralisation étant toujours en cours.

• Estimer et expliquer le non-recours

Pour estimer le non-recours aux EMMS, nous utilisons les données du « questionnaire auto-administré aux prescripteur·ice·s SIAO ». Nous comptabilisons le nombre de personnes qui ont répondu « oui » à la question : « Si vous rencontrez des publics sans logement avec des problématiques de santé, avez-vous des difficultés à les accompagner ? » et « non » à la question « Avez-vous déjà contacté les équipes mobiles médico-sociales présentées ci-dessus ? ». Autrement dit, nous comptabilisons les personnes qui semblent avoir eu besoin de l'intervention d'une EMMS pour certaines situations, mais qui ne l'ont pas fait. Ce nombre s'élève à 57 répondant·e·s, soit 38 % des personnes rencontrant des difficultés d'accompagnement concernant des publics sans logement avec des problématiques de santé. Il s'agit principalement de professionnel·le·s de services sociaux municipaux ou départementaux, ou du secteur du sanitaire et de l'hébergement (cf. Figure 20). Les autres secteurs concernés sont assez variés : insertion professionnelle, protection de l'enfance, dispositif national d'accueil, etc.

Secteurs professionnels des non-recourant·e·s aux EMMS (n=57)



Figure 20 : Détail du secteur professionnel des professionnel·le·s en situation de non-recours aux EMMS,

57 répondant·e·s, SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ EN LIGNE AUX PRESCRIPTEURS SIAO

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

Ce phénomène s'explique par diverses raisons. D'abord, toujours grâce au « questionnaire auto-administré prescripteur-ices SIAO », on constate que les raisons les plus citées sont : l'absence de besoin, le fait de ne pas savoir à qui s'adresser et le fait de ne pas saisir entièrement les missions des équipes (cf. **Figure 21**). La catégorie « autres » recouvre des situations où les acteurs auraient besoin d'interventions globales et non individuelles, où le public ne répond pas aux critères ou encore qui concerne la crainte d'un processus trop lourd.

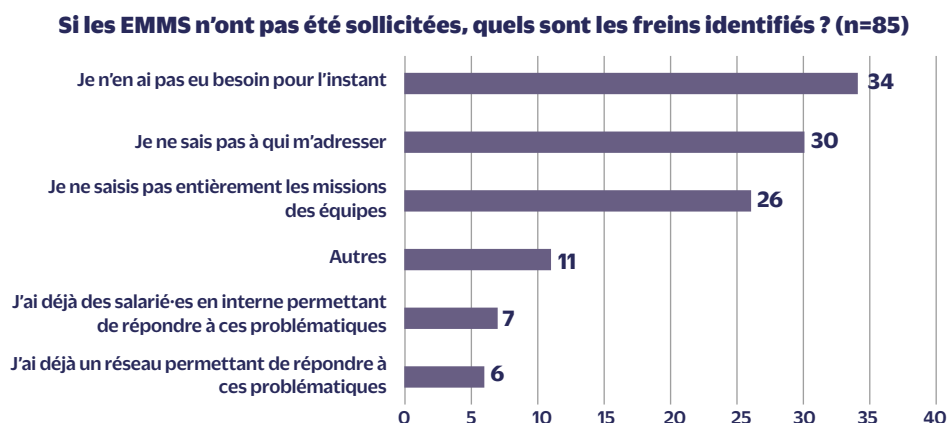


Figure 21 : Freins à la sollicitation des EMMS, 85 répondant-e-s,
SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ EN LIGNE AUX PRESCRIPTEURS SIAO

La méconnaissance des EMMS et de ses procédures de contact constitue une explication centrale du non-recours. Ce sujet ayant été approfondi précédemment (Partie 2, II. A), nous n'y revenons pas ici.

Le fait de ne pas avoir besoin de l'intervention d'une équipe ne constitue pas à proprement parler du non-recours, mais peut expliquer pourquoi certains acteurs ne sollicitent pas les EMMS alors que cela était attendu. Par exemple, lorsque l'accompagnement proposé dans une structure est global, et que la santé est abordée dans cet accompagnement, l'intervention d'une EMMS semble moins pertinente. Cela est possible quand l'équilibre entre le nombre d'accompagnant-e-s sociaux et le nombre d'accompagné-e-s est respecté et que les situations ne sont pas trop complexes :

« On n'a pas de personnel médical ou paramédical au sein de l'équipe, on revoie vers des circuits de droit commun. On aide les familles à obtenir l'AME quand elles ne sont pas régularisées, ou la sécurité sociale quand elles le sont ensuite bon bah c'est l'hôpital ou les médecins libéraux. Et il y en a qui sont autonomes et qui n'ont plus besoin de nous sur ce point-là, qui n'ont plus besoin d'être assistés »

Directeur.ice d'une structure d'hébergement de Seine-Saint-Denis.

« Les missions des équipes mobiles sont assez claires, mais comme nous on propose de l'accompagnement social global, on n'a pas vraiment besoin de ça en fait... On fait nous même le lien avec les médecins, etc. C'est pas les équipes avec lesquelles on est le plus en lien. » **Chef.fe de service d'une structure d'hébergement du 93.**

« J'ai entendu beaucoup de collègues dire « si c'est pour envoyer là-bas je peux le faire ». Les gens sont assez déçus. Ils [les EMMS] n'ont pas de solutions miracles eux non plus, juste une meilleure connaissance de certains dispositifs, ou de pathologies. Moi j'essaie de mobiliser au maximum le droit commun, avec doctolib, ou d'orienter vers des centres municipaux. » **Travailleuse sociale, structure du 93 ayant déjà sollicité les EMMS.**

« Je privilégie le fait de me dépatouiller. Souvent c'est que de la coordo, ça rajoute parfois plus de taff qu'autre chose. J'y fais appel que quand c'est trop galère. » **Travailleuse sociale, association du 93.**

Ou alors, suite à l'intervention d'EMMS, les partenaires ont pu gagner en autonomie sur la partie orientation et coordination de soins, ce qui diminuera le recours dans un second temps :

« Aux premiers co-accompagnements j'ai acquis des connaissances sur les différents dispositifs médicaux. Donc maintenant je me débrouille toute seule, et j'appelle ponctuellement Claire [coordinatrice de l'EMSP d'Interlogement93] pour des conseils sur des situations complexes » (travailleuse sociale d'une structure du 93).

En ce qui concerne le cas particulier des structures d'hébergement, souvent citées comme les premières attendues dans le recours aux EMMS et relativement peu présentes dans les signalements reçus, des chargées de missions au SIAO 93, en lien direct avec ces dernières, proposent des pistes d'explication qui reprennent celles présentées ci-dessus. D'une part, elles constatent une incompréhension du dispositif, des difficultés à s'en saisir, des demandes peu ou pas claires :

« C'est plutôt les structures qui ont du mal à se saisir du dispositif. Et puis, il faut qu'elles soient claires dans leur demande. Je pense que parfois, ils attendent beaucoup trop de ce qui existe. »

De plus, comme évoqué précédemment, certaine-s accompagnant-e-s sociaux de structures effectuent déjà des tâches proches des missions des EMMS :

« Il y a un réel besoin, après les structures ont déjà de bons réseaux et se débrouillent déjà avec ce qu'elles ont sur leur terrain, mais ça va dépendre aussi de la ville. Ça va dépendre du lieu où la personne se trouve, de la pathologie, des travailleurs sociaux, ça va vraiment dépendre d'une volonté de l'équipe d'aller un peu plus loin parce qu'il y a des travailleurs sociaux qui accompagnent les gens aux rendez-vous médicaux et puis il y en a d'autres qui n'ont pas trop envie de s'investir. »

Cette vision correspond à celle d'un membre de la direction du SIAO 93 :

« Les structures d'hébergement sont celles qui sollicitent le moins les EMSP alors que c'est pour eux qu'elles ont été créées. Il y a des difficultés à mobiliser les outils nouveaux pour les travailleurs sociaux et un changement de paradigme avec l'institution d'un réseau. On pourrait voir une phase de transition, ou d'affrontement entre différentes cultures pro : d'un côté une vision ancienne avec ceux qui estiment que la santé ne fait pas partie de leur périmètre, ou si c'est le cas qui vont solliciter leurs partenariats personnels directement. Et face à ça une vision nouvelle avec des jeunes professionnels attentifs aux évolutions du secteur et qui sollicitent les nouveaux dispositifs. »

Par ailleurs, le non-recours aux EMMS peut aussi être lié à une insatisfaction vis-à-vis du dispositif ou à l'anticipation, voire parfois au constat d'une inefficacité de l'intervention :

« On pourrait faire plus appel plus aux EMMS, ce n'est pas encore un réflexe de la part des équipes, [...] ce n'est pas encore dans les pratiques. Parfois on pense que la réponse ne va pas être adaptée ou donnée dans les temps impartis. » **Responsable de service social hospitalier.**

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

« On a appelé pour voir si l'équipe peut se déplacer tous les jours, une fois par jour pour donner les médicaments de Monsieur mais ça n'a pas marché. Du coup, je pense que chaque fois, on n'a pas eu vraiment les réponses que, nous, on attendait à notre problème. Du coup bah tu n'as pas leur réponse, tu n'appelles pas la prochaine fois et tu essaies un peu d'autres alternatives. » **Assistante sociale, structure du 93.**

Cette inefficacité anticipée n'est pas systématiquement liée aux équipes elles-mêmes mais plus à un contexte globalement limitant (ce point sera approfondi dans la partie 4, II.,B) :

« Et si nous, on ne peut rien faire, moi je suis consciente qu'une équipe mobile ne peut pas faire plus. » **Assistante sociale, association du 93**

Pour résumer, les principaux facteurs du non-recours aux EMMS en Seine-Saint-Denis sont les suivants : une absence de besoin liée à des pratiques professionnelles des travailleur-se-s sociaux qui intègrent la santé dans les dimensions de leur accompagnement, des difficultés à se saisir du dispositif lié à une incompréhension (ou une méconnaissance) des missions des EMMS et de la procédure de contact et enfin l'anticipation d'une inefficacité des EMMS liée à des dysfonctionnements ou un contexte global saturé.

• Quelles pistes d'amélioration ?

Pour améliorer le recours aux EMMS, il est nécessaire de poursuivre les efforts de présentation, de communication, de pédagogie auprès des différents partenaires. Cela, en plus d'améliorer la compréhension du dispositif et la façon de le solliciter, permettrait aux professionnel-le-s du social comme du médical de savoir qu'il est possible qu'une personne sans logement peut, de façon inconditionnelle, être rencontrée par une équipe qui peut proposer l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, l'éducation thérapeutique, l'ouverture de droits en santé, etc.

La DRIHL 93 suggère l'idée de mettre en place des procédures qui intégreraient les EMMS du côté des partenaires potentiellement sollicités. Le responsable interrogé prend l'exemple d'un travail en cours de « cadre unifié » avec le SIAO 93 et la PASH 93, notamment avec les EMA, auquel pourrait être ajouté un « process » de signalement en cas de situations avec des problèmes de santé éligibles aux EMMS :

« Dans un cadre unifié des équipes mobiles d'aide on pourrait prévoir une partie spécifique sur la santé, même si ce n'est pas nous qui les finançons, car ça nous intéresse de voir comment on crée des ponts entre la prise en charge classique et le volet spécifique de la santé sur lequel on a des professionnels relais opérationnels. » **DRIHL 93.**

Bien que l'ampleur des sollicitations adressées aux EMMS soit satisfaisante, on constate tout de même un niveau conséquent de non-recours qui s'explique par différents facteurs tels que la non-maitrise du dispositif par des acteurs du territoire, l'absence de besoin liée à des accompagnements globaux qui intègrent la santé, et l'anticipation que l'intervention de l'équipe ne correspondra pas aux attentes. La communication et les échanges, favorisant l'interconnaissance et la clarté du dispositif constituent la principale piste de réduction du non-recours, sans pour autant occulter d'autres possibilités telles que la mise en place de procédures.

C - Un maillage partenarial territorial indispensable

Au-delà de la question de la régulation et de la sollicitation des EMMS, les interactions de ces équipes avec leurs partenaires sont indispensables à la réalisation de leurs missions au quotidien. Nous nous intéressons ici à la façon dont se met en œuvre le maillage territorial entre les EMMS et leurs partenaires, d'abord en montrant comment cette question occupe une place centrale pour les acteurs de Seine-Saint-Denis, puis pourquoi certains partenariats se démarquent plus que d'autres. Il s'agira enfin d'expliquer que ces partenariats s'opèrent principalement entre individus plutôt qu'entre structures.

• Le réseau c'est la clé

Le fait de travailler en réseau est valorisé par de nombreux acteurs, particulièrement dans le cadre dans lequel nous nous situons, c'est-à-dire au sein d'équipes pluriprofessionnelles qui ont pour objectif d'accompagner la personne de façon globale avant de trouver des relais :

« Ces équipes ne peuvent pas travailler toutes seules, elles ont besoin de partenariats, de professionnels spécifiques et du médical. » **Coordinatrice-régulatrice du 93.**

« Ce qui est primordial dans ce travail, c'est le réseau. Pour permettre de soutenir les situations à plusieurs, au final. Et ben, c'est un peu long à créer, c'est normal, ça met du temps. » **Sage-femme, EMMS.**

« Moi, j'utilise le partenariat. Si j'y arrive avec cette équipe, c'est juste parce que j'utilise tout le monde et qu'on prévient tout le monde. » **Infirmière, EMMS.**

« Le travail en réseau, c'est un gros travail à faire justement pour pouvoir élargir son champ d'intervention. On peut pas être tout seul pour l'équipe mobile, il faut vraiment travailler en collaboration avec tout le monde et effectivement faire en sorte que la prise en charge du patient soit vraiment globale. Je trouve ça vraiment très important de garder, enfin de prendre contact et de garder contact avec les collègues. » **Infirmière, EMPP du 93.**

« On ne peut pas travailler segmentés, avec d'un côté le somatique, la psychiatrie, le social. Du coup on crée ce réseau, on se rencontre. On ne peut pas travailler tout seul. Le développement du réseau est très important au quotidien. » **Coordinateur, EMPP du 93.**

Les espaces où un grand nombre d'acteurs se réunissent favorisent les rencontres et le travail en réseau. Cela s'incarne par exemple dans la Commission Parcours de Soins Complexes (CPSC), une instance coorganisée par la coordinatrice-régulatrice des EMMS, la ville de Saint-Denis et l'hôpital Delafontaine, qui réunit un grand nombre de professionnel-le-s du médical, du social, du médico-social, de la psychiatrie de Seine-Saint-Denis tous les 2 mois. Pendant ces réunions, toute personne peut soumettre une situation complexe et être conseillée à ce sujet.

« Ça [les CPSC] permet des échanges entre les équipes, ça permet de savoir qui fait quoi, d'échanger sur les pratiques si les expériences sont similaires... C'est important ce genre d'échanges. On ne penserait pas forcément à quelque chose, ou à solliciter tel partenaire si une personne ne le suggérait pas. » -Infirmière, PASS du 93.

« On peut se reposer sur les expertises, les compétences et les outils des uns et des autres, c'est bon à savoir » Travailluse sociale, pôle Mise à l'abri, Interlogement93.

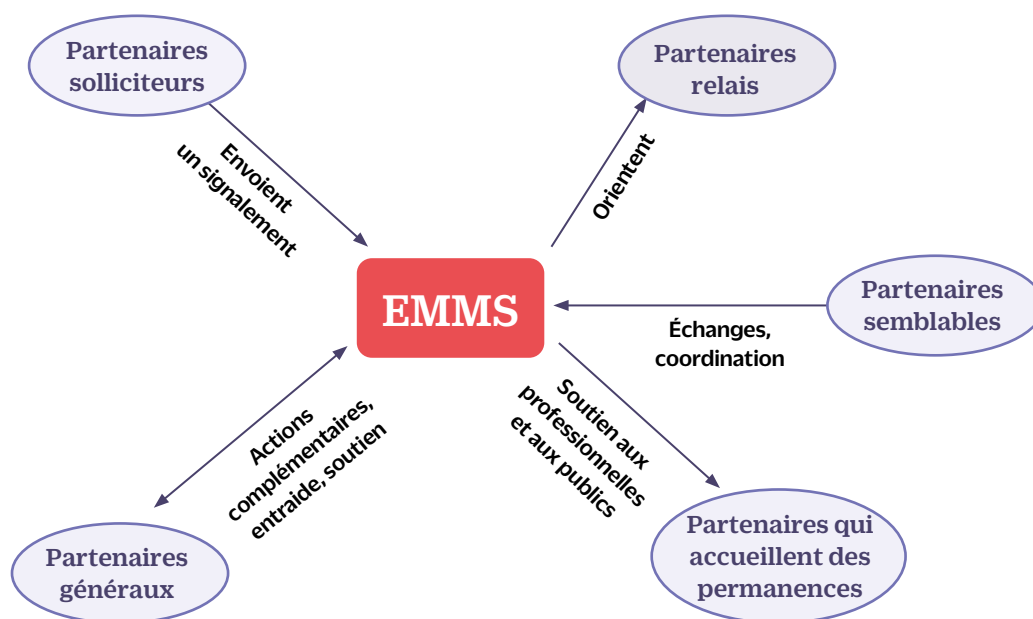


Figure 22 : Les EMMS et leurs partenaires, réalisation : P. Mary.

La Figure 22 nous permet de dégager une typologie des différents partenaires qui gravitent autour des EMMS et qui permettent l'activité de ces dernières. Il est important de souligner le fait qu'un même acteur peut appartenir à plusieurs catégories.

- Les partenaires solliciteurs

Les « partenaires solliciteurs » sont ceux qui ont recours aux EMMS, et qui, après un signalement, voient les équipes intervenir auprès de la personne signalée. Les différents acteurs que recouvrent cette catégorie sont présentés dans le premier point du B), II., Partie 2 : « Mesurer le recours aux EMMS ».

- Les partenaires relais

Comme les EMMS ont parmi leurs objectifs d'orienter vers le droit commun et de trouver des relais, au niveau social comme médical, le réseau est primordial pour orienter les personnes accompagnées aux bons endroits en termes d'éligibilité (si une personne présentant des besoins de santé n'a pas de droit en

santé ouvert il faudra une PASS), en termes d'accueil (faciliter l'accès à des lieux connus pour leur accueil adapté ou sensibilisé en amont), et parfois sur le plan géographique (orienter vers un partenaire proche du lieu de vie de la personne). Avoir une connaissance technique, mais aussi pratique, des dispositifs fait effectivement partie du cœur de métier des EMMS, notamment pour favoriser le recours aux soins en réinstaurant la confiance vis-à-vis de soignant-e-s habitué-e-s à l'accueil de personnes sans logement ou en diminuant les distances à parcourir pour une consultation.

« Un des autres buts de l'ESSIP c'est de pouvoir conseiller tel gynéco, tel ophtalmo. D'avoir des contacts à donner. Ou de conseiller un hôpital plutôt que l'autre. Par exemple Delafontaine et André Grégoire on sait que ça se passe bien. Le fléchage évite à la personne de se retrouver devant une personne mal aimable ou quelque chose comme ça et d'abandonner les soins. » **Membre de la direction, association porteuse d'une EMMS.**

« Moi quand je les envoie à Delafontaine ils sont attendus à la porte par l'infirmière que je connais et que j'ai prévenue ! Parce que sinon des fois ils arrivent, ils ne savent pas où aller et ils finissent par repartir ! » **Infirmière, EMMS.**

Ces partenariats peuvent résider dans des échanges et connaissances informelles, comme expliqué dans la citation ci-dessus, ou prendre la forme de procédure simplifiée formalisée, comme c'est le cas dans une EMSP où un travail est en cours avec l'hôpital Delafontaine pour que les personnes orientées par l'équipe puissent bénéficier d'un circuit simplifié de prise en charge en arrivant à la PASS et éviter une très longue attente.

- Les partenaires semblables

La catégorie « partenaires semblables » fait référence aux acteurs qui ont une activité proche des EMMS : mobiles et spécialisés auprès des personnes éloignées du soin. L'articulation de l'activité avec ces partenaires est particulièrement importante pour éviter d'intervenir auprès des mêmes personnes et que les différents accompagnements soient redondants ou inefficaces. La Figure 23 illustre comment différents acteurs de cette catégorie se situent par rapport aux EMMS en termes d'intensité de similitude des missions et d'intensité de coordination avec les EMMS. Ce schéma a été construit à partir des observations de terrain et a pour objectif de rendre compte de façon visuelle des sujets traités, sans prétendre être une représentation graphique de données chiffrées précises. Par exemple, les EMPP ont une activité très proche des EMMS, particulièrement des EMSP et ACT hors les murs, sauf qu'elles agissent sur le volet psychiatrique et non somatique, et leurs liens avec les EMMS sont forts puisque ces équipes agissent en complémentarité et ont des liens très fréquents. À l'inverse, la PASS mobile, dont les missions présentent de nombreux points communs avec celles des EMMS, malgré une participation à la réunion de régulation des EMMS, n'est pas encore réellement coordonnée avec ces dernières :

« Je n'oriente pas du tout vers les équipes, il faudrait qu'on trouve un temps pour se rencontrer voir comment travailler ensemble. Pour l'instant les seuls contacts que j'ai eus c'est pendant les réunions avec J. [la coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93] et pendant une intervention ARS en bidonville. [...] J'ai déjà rencontré des personnes qui étaient suivies par des EMPP, mais pas par des EMSP ou d'autres. » **Infirmière coordinatrice, PASS mobile.**

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

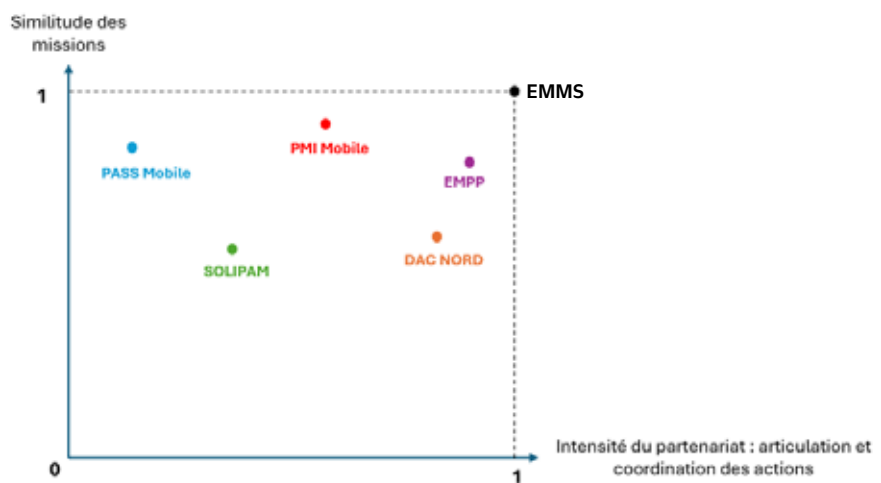


Figure 23 : Représentation des acteurs similaires aux EMMS en termes de similitude des missions et d'intensité du partenariat. Réalisation : P. Mary.

-Les partenaires qui accueillent des permanences

Une majorité des EMMS se déplace de façon régulière ou ponctuelle pour effectuer des permanences dans des structures partenaires afin de soutenir les personnes comme les professionnel-le-s : « *le fait d'aller, de discuter ça rassure les professionnels ou même les personnes d'ailleurs* » (travailleuse sociale d'une EMMS). Par exemple, l'EMSP d'Hôtel Social 93 se rend à l'accueil de jour d'Emmaüs Alternatives à Montreuil tous les mercredis matin et travaille actuellement à mettre en place des permanences dans les structures d'hébergement du groupement Abri (auquel appartient Hôtel Social 93). L'infirmière de l'EMSP du Groupe SOS tient une permanence tous les lundis après-midi à l'accueil de jour Henri Grouès à Saint-Ouen. L'équipe Ovale spécialisée périnatalité se rend quant à elle dans les accueils de jour Le Refuge à Pantin et l'Amicale du Nid à Saint-Denis de façon mensuelle.

Les liens entre les équipes et les structures qui les accueillent régulièrement sont très forts et s'inscrivent dans la durée. Ces structures sont en grande majorité des accueils de jour, qui ont rarement des ressources médicales au sein de leurs équipes, et pour qui la présence d'une EMMS représente un réel soutien. Par ailleurs, pour les EMMS, travailler à proximité de professionnel-le-s qui connaissent bien les personnes rencontrées est un réel atout dans l'accompagnement :

« C'est un accueil de jour qui est réservé aux femmes, avec ou sans leurs enfants. [...] L'éducatrice jeunes enfants sur place, elle est incroyable. Vraiment, c'est une professionnelle super, elle a énormément de ressources, elle est super dynamique, elle connaît trop bien les femmes. Et puis ouais, elle fait super bien son boulot auprès des enfants, elle a un regard super expert tu vois donc ouais, c'est hyper intéressant de travailler avec elle. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

- Les partenaires généraux

Les « partenaires généraux » concernent tous les partenariats qui ne rentrent pas dans les catégories précédentes. Par exemple, une association spécialisée sur la santé sexuelle qui fait une présentation aux EMMS et qui se tient à disposition en cas de question ou de nécessité d'intervention.

- Autres partenariats spécifiques, hors typologies

Certains partenariats n'apparaissent pas dans la Figure 22, du fait de leur particularité. Pour autant, ils ont leur importance. Nous développons ici quelques exemples identifiés pendant la phase de terrain de l'étude. D'abord, comme évoqué précédemment, les partenariats que nouent les EMMS avec des acteurs internes à leur structure, association, groupement, sont particulièrement forts. C'est le cas par exemple de l'EMSP d'Interlogement93 et du service « hébergement » du SIAO 93, ou encore du groupement Abri, dans lequel se trouvent l'ESSIP de La Main Tendue et l'ESMP d'Hôtel Social 93.

« Moi je considère l'EMSP comme une extension de notre équipe, c'est la seule équipe qu'on sollicite, on échange au quotidien. » Chargé-e de mission hébergement, SIAO 93.

Pour des petites structures, les partenariats représentent de forts enjeux. Mais pour une association aux ressources internes variées et nombreuses, on peut presque observer une forme d'auto-suffisance et un besoin relativement moindre de recourir à des partenaires. La coordinatrice de l'EMMS ACT hors les murs de l'association Aurore explique par exemple ne pas aller aux « Commissions Parcours de Soins Complexes » (CPSC) car ils « sont équipés » et « n'en ont pas besoin ». De même sur l'aspect santé mentale : « On n'a pas recours aux EMPP car on a deux psys en interne ici » ; ainsi que sur le sujet des addictions : « Avec le CHS on a de l'expérience, il y a un vrai savoir-faire ici ».

Quand des acteurs sont spécialisés sur des sujets spécifiques, des partenariats privilégiés se mettent en place. Sur le sujet des femmes enceintes ou mères de nourrissons, la mission spécialisée périnatalité du SIAO 93 et l'EMMS Ovale du Groupe SOS ont développé des rapports très étroits :

« C'est vrai que nous, ça fait un rapport un peu privilégié entre la Périnat' et Ovale. On est très proches. [...] Au tout début, on s'est vues en réunion et on a échangé justement des points sur lesquels on aurait peut-être besoin de faire des signalements. On a commencé au fur et à mesure et on fait des points réguliers. [...] Ce qui nous est très utile, c'est plutôt le lien avec la travailleuse sociale qui saura nous dire, parce qu'elle aura vu avec les sage-femmes, que là, il faut vraiment qu'elle soit mise à l'abri parce que la grossesse devient très compliquée. Elles nous permettent vraiment d'avoir un regard concret sur le terrain en fait, c'est un peu nos yeux quoi. Je trouve qu'on se complète vraiment : elles, c'est le regard de terrain et nous, on va essayer de proposer des hébergements. » Chargée de mission périnatalité, SIAO 93.

- Des catégories perméables

Il est nécessaire de préciser que les frontières entre les différentes catégories présentées ci-dessus sont poreuses et qu'un acteur peut se trouver dans différentes typologies de partenaire selon l'EMMS ou selon la période. Il est en effet très fréquent que des « partenaires sollicités » soient aussi des partenaires généraux et que les échanges se fassent dans les deux sens.

« Avant c'était plutôt moi qui allais vers eux, quand il y avait des personnes à la rue que je n'avais pas le temps d'aller voir, pour évaluer leur état de santé. Mais depuis que c'est Malika [infirmière d'une EMSP] ça va aussi beaucoup dans l'autre sens, elle m'adresse beaucoup de demandes d'ouvertures d'AME [...] pour ses nouveaux publics. » Médiatrice en santé, Mairie de Saint-Ouen.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

Des « partenaires sollicitateurs » sont aussi des « partenaires relais », c'est le cas des PASS hospitalières par exemple. Les partenaires qui accueillent des permanences sont quant à eux dans, la quasi-totalité des cas, des partenaires sollicitateurs et ainsi de suite.

La question de la mise en œuvre concrète de ces partenariats se pose pour les professionnel-le-s des EMMS, et plus particulièrement pour les interactions avec les partenaires sollicitateurs ou avec des partenaire qui accompagnent déjà la personne par ailleurs.

« Une infirmière de l'équipe a essayé de régler la situation des droits en santé, mais elle n'avait pas toutes les infos de la personne, donc là ça m'a gênée, je lui ai dit par téléphone. » **Travailleuse sociale, PASH 93.**

« Après, leurs papiers ne sont pas forcément bien faits, même dans les structures où ils sont. Le social à l'extérieur, c'est zéro. Moi, j'hallucine. Est-ce que tu crois que c'est normal que ce soit moi qui envoie le dossier des ACT, des LHSS ? C'est moi qui cours, mais c'est pas normal que l'assistante sociale ne le fasse pas. » **Infirmière, EMMS.**

Extrait du carnet de terrain, immersion avec une EMSP mars 2024

[Pendant une réunion d'équipe avec la/le coordinateur.rice de l'équipe] L'infirmière explique à son responsable que l'assistance sociale de l'accueil de jour dans lequel elle fait des permanences lui a envoyé une nouvelle situation d'une dame qu'il faudrait accompagner à Médecins du Monde pour faire un bilan concernant un potentiel handicap. La/le coordinateur.rice lui répond que cela pourrait être fait par l'assistante sociale en question, qu'il ne faut pas que ces salariés lui délèguent des choses qu'ils pourraient faire eux-mêmes, et qu'ils ont un poste d'infirmier là-bas, mais qu'il est vacant.

De ces différents témoignages ressort le point central de la répartition des différentes démarches lorsqu'il y a plusieurs accompagnant-e-s autour d'une même personne. Pour fluidifier cela au mieux, les équipes ont un réel travail de diplomatie, d'autonomisation, de communication – presque d'accompagnement des professionnel-le-s, à effectuer. Ce point constitue un des apports importants des EMMS et est développé dans la Partie 4, I., C).

« Faire comprendre qu'on est là de façon temporaire, c'est difficile à faire accepter aux prescripteurs, plus aux prescripteurs d'ailleurs qu'à la personne. [...] C'est vrai que le travail d'autonomisation, que ça soit du côté de la personne accompagnée ou du travailleur social, il est difficile à enclencher. Surtout de la part du travailleur social qui se dit : 'Bon, il y a une équipe mobile de santé, ils vont prendre le relais, ils vont tout faire et moi j'aurai plus rien à faire'. » **Infirmière, EMMS.**

« S'il y a un travailleur social déjà positionné elle [la travailleuse sociale de l'équipe] ne va pas s'imposer. Mais parfois les TS sont un peu perdus sur des démarches administratives. Donc elle peut aider. Mais la question de la diplomatie revient encore. » **Coordinateur.rice, EMMS.**

Il ressort ainsi que la multiplication des partenaires autour d'une même personne, en lien avec la multiplication des dispositifs, pose la question de la transmission des informations entre professionnel-le-s et du canal de transmission de ces informations. En effet, il s'agirait de ne pas fonctionner en silo pour un accompagnement le plus efficace possible.

Notons de plus que le travail en réseau peut être mis en péril par le manque de temps des professionnel-le-s dans le cadre de dispositifs saturés, la disparition de structures pour manque financements, ou encore un territoire trop étendu (tout le département contre quelques communes).

« Tout le travail de partenariats est compliqué à mettre en place il faut déjà maintenir l'activité. »
Coordinatrice, EMMS.

« Là, j'avais la problématique de la PASS de Saint-Ouen qui fermait et les autres ne voulaient pas... J'ai dit non, non il y a un accord qui a été fait avec Saint-Denis, pour que ceux de Saint-Ouen puissent aller sur Saint-Denis. Du coup, en envoyant les gens à Saint-Denis, je bouchonne un peu l'hôpital. »
Infirmière, EMMS.

« Moi, ça me manque pas [d'avoir des partenariats privilégiés] dans le sens où on arrive à créer finalement des relations qui peuvent être très bonnes avec certains partenaires à un moment donné, qu'on va pas forcément revoir après, sinon je pense que c'est mission impossible sur tout le 93. Je pense vraiment que c'est une autre dimension quand on se retrouve sur tout un département, enfin je le vois quand j'ai pu discuter avec d'autres, ce n'est pas du tout les mêmes relations. » **Infirmière, EMMS.**

• « Des personnes plus que des structures » (travailleuse sociale, EMMS)

Jusqu'à présent, nous parlons indistinctement de partenariats entre professionnel-le-s ou entre structures. La nuance est pourtant importante puisqu'il s'agit en réalité bien plus de liens interpersonnels que de liens « inter-structures ». De fait, les professionnel-le-s vont identifier une personne ou un nom plus facilement qu'un dispositif ou une association, et les rencontres physiques vont sceller la connaissance réciproque bien plus rapidement qu'un mail par exemple. À la question sur les partenariats en place, une travailleuse sociale d'une EMMS interrogée répond que ces derniers « reposent plus sur des personnes que des structures ».

« Les choses sont de plus en plus procédurières, il faut envoyer des mails, il faut faire des protocoles pour tout et n'importe quoi. L'orientation rapide, ça n'existe pas. Enfin, du moins, il faut envoyer un mail. Alors qu'en fait, on se rend compte que quand tu rencontres les gens directement, tu vois par exemple lors de formations, lors de réunions entre groupes, que tu mets des visages sur des noms ou que tu passes un coup de fil, il y a quelque chose qui passe en fait dans l'oral qui ne passe pas à l'écrit. Tu vois, de transmettre, d'exprimer ce que tu ressens par rapport à un couple et ça vaut de l'or ça, en fait. » **Sage-femme, EMMS.**

Dans cette perspective, les problématiques de ressources humaines (postes vacants, turn-over) représentent un obstacle encore plus important à des partenariats durables et efficaces, et à la connaissance des EMMS par les partenaires.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

« Il y a beaucoup de turn-over donc tout le monde ne les connaît pas forcément [les EMMS] » **Travailleuse social, PASH 93.**

« Ce n'étaient plus les mêmes personnes [dans les EMMS] que dans les interventions ARS, on ne les connaissait plus » - **Travailleuse sociale, dispositif mobile.**

« Le plus compliqué c'est amener à faire saisir un type de dispositif quand il y a beaucoup de turn-over et de structures qui sont temporaires. Ça rend plus complexe l'exercice. » **ARS-DD93.**

De plus, l'importance de la personne, versus la structure, s'illustre dans le poids du réseau personnel ou du réseau professionnel d'expériences antérieures. Ce réseau-là va effectivement favoriser la connaissance des EMMS par d'autres canaux, ou la création de certains partenariats, vers des « partenaires relais » par exemple :

« Ça commence à faire longtemps que je les connais [les EMMS] parce que j'étais évaluatrice à Paris, donc ça remonte un petit peu. Je n'ai pas travaillé qu'avec celles du 93, mais aussi celles de Paris. » **Directeur-ice, CCAS d'une commune du 93.**

« Par exemple, j'avais envoyé une dame, elle avait je ne sais pas quoi, du digestif. Je sais qu'à Y, ils ne vont pas être bons. J'envoie comme si c'était ma famille, je les envoie là où c'est bon, parce que je connais. Moi, je connais les pathos et les chirs, par exemple en chirurgie vasculaire, je connais le chir, j'ai travaillé avec lui, je lui mets le mot et hop ! Et ça passe ! Parce que j'ai une connaissance des pathologies, de l'hôpital et du système hospitalier. Je suis un fruit de l'hospitalier. » **Infirmière, EMMS.**

« Moi j'ai quelques contacts à titre perso dans les services sociaux hospitaliers, ça peut aider » **Travailleuse sociale, EMMS.**

• Une répartition inégale des partenaires

Dans le formulaire adressé à la régulation, les partenaires sollicitants renseignent la commune où se situe la structure à laquelle ils appartiennent. La Figure 23 met en lumière les communes concentrant le plus de structures ayant sollicité la régulation en 2023, situées dans la partie ouest du département, frontalière à Paris. Il s'agit en première position de la commune de Montreuil, avec 118 signalements en raison de la présence du SIAO⁵⁴, suivie par Saint-Denis (44 signalements) et Rosny-sous-Bois (21 signalements). Notons néanmoins que la commune indique l'emplacement du siège de la structure et non la présence effective des professionnels ou des personnes.

Par exemple, beaucoup de signalements émanent de Rosny-sous-Bois en raison de la présence de la PASH 93, pour autant ces salarié-e-s rendent visite aux personnes accompagnées dans leurs hôtels, présents sur tout le territoire.

⁵⁴ Nous avons effectivement montré dans le II. B) que le 115, et plus largement le SIAO 93 occupait la place de premier prescripteur en étant à l'origine de plus d'un tiers des signalements reçus par la régulation des EMMS en 2023.

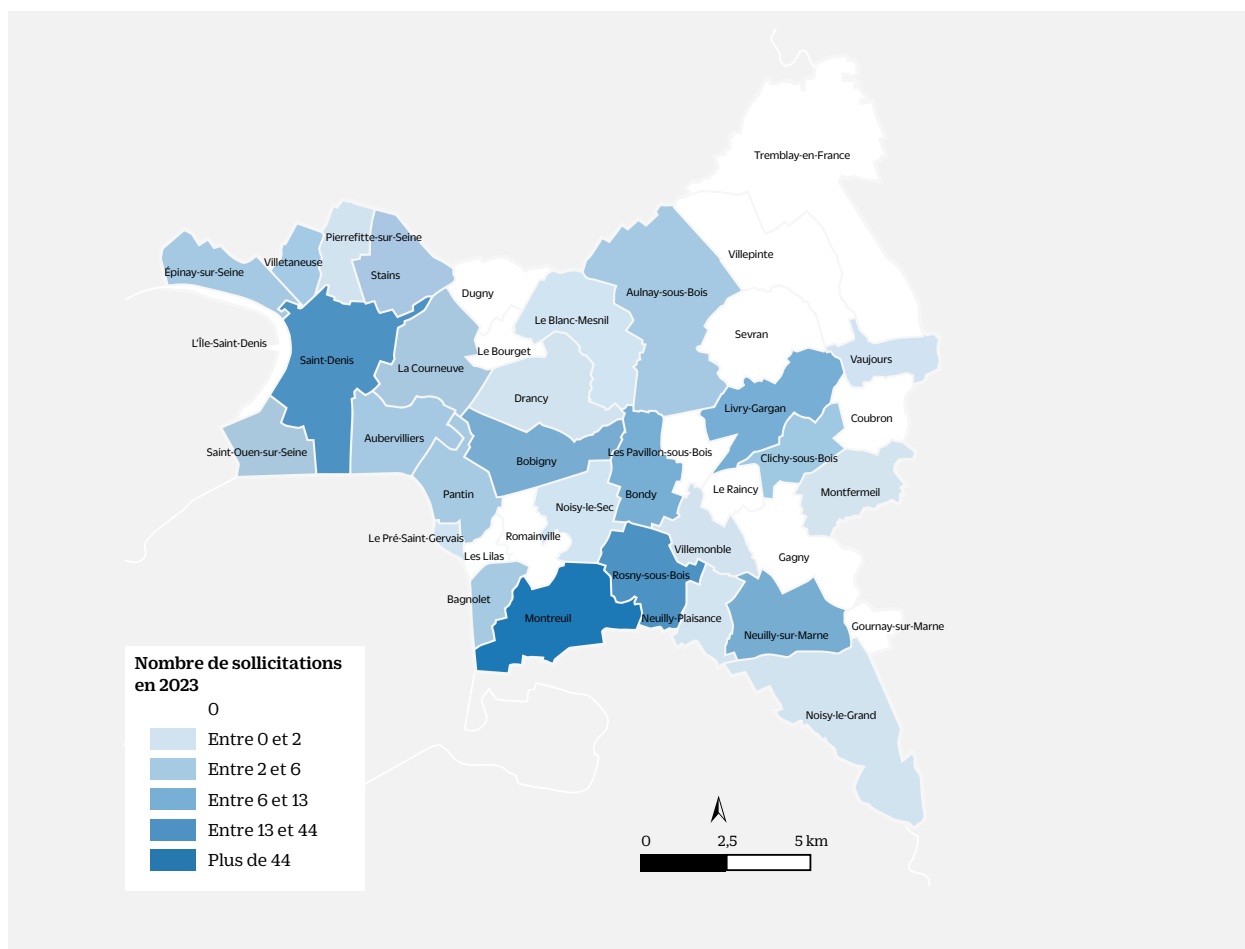


Figure 23 : Répartition des structures ayant sollicité la régulation des EMMS en 2023. Source : données régulation. Réalisation : P. Mary.

Le travail en réseau est la condition sine qua non de la mise en œuvre des missions des EMMS. Mais pour que ce dernier se mette en œuvre efficacement il faut, premièrement, que le dispositif soit connu et maîtrisé par les acteurs du territoire, deuxièmement que ces acteurs sollicitent le dispositif, et ne soient pas en situation de non-recours où ils ne bénéficient pas de l'intervention des équipes alors qu'ils en auraient besoin. Enfin, 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, mais aux frontières perméables : il existe de nombreux acteurs aux « doubles casquettes » qui interagissent sur différents plans avec les EMMS. Les différent-e-s professionnel-le-s ont conscience de l'importance du maillage partenarial du territoire, bien que ce dernier soit finalement plus concerné par des personnes que par des structures.

III. L'articulation particulière entre le médical et le social

Les EMMS, ainsi que d'autres dispositifs qui lui préexistaient tels que les EMA du Samusocial de Paris ou les EMPP, illustrent une volonté d'associer des professionnels de différents domaines afin d'aborder l'accompagnement de la personne dans sa globalité. Si cela témoigne d'un début de décroisement, ce dernier demeure timide, tant au niveau des professionnel-le-s de ces deux secteurs qu'au niveau institutionnel. Au niveau des EMMS, équipes pluridisciplinaires par définition, l'articulation entre le médical et social est particulière tant au niveau de l'accompagnement qu'au niveau des partenariats et des sollicitations.

A - Des difficultés à se décroiser : un chantier d'actualité

Le médical et le social sont deux secteurs professionnels qui sont amenés à se rejoindre sur certaines problématiques, mais qui demeurent encore fortement cloisonnés. Nous questionnerons l'idée d'un décroisement au niveau des professionnels de ces secteurs ainsi qu'au niveau institutionnel, à travers l'expérience de la mise en place des EMMS.

• Les EMMS sur le terrain à la croisée du médical et du social

Tout au long du terrain de l'étude, la question des interactions entre professionnel-le-s du social et du médical, a été abordée de façon plus ou moins explicite par les acteurs. D'abord, sur la façon dont les soignant-e-s abordent (ou pas) les questions sociales et inversement. En effet, les équipes mobiles évoquent souvent du personnel médical non sensibilisé ou non intéressé par les questions sociales, et notamment sur les conditions de vie des personnes sans logement, en lien avec leur capacité à suivre un traitement ou des consignes médicales. La littérature scientifique s'est également penchée sur les défis rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients précaires (Flye Sainte Marie et al. 2015⁵⁵). Cela peut parfois aller jusqu'au refus de soins de la part des soignant-e-s, en lien avec le type de couverture sociale (Papuchon 2023⁵⁶)⁵⁷. Symétriquement, des accompagnants sociaux ne s'emparent pas des questions de santé et des maladies de personnes accompagnées et ont parfois du mal à estimer leur autonomie par rapport aux soins.

« Il y a un peu deux extrêmes : des médecins traitants qui sortent de leur fonction et qui font appui sur le social, soit l'inverse, ils ne prennent pas le temps, la barrière de la langue les embêtent, ça prend trop de temps, ils n'ont pas de budget interprétariat. Alors que parfois il peut être très proche, le fait de parler la même langue peut donner une proximité. » **Travailleuse sociale, structure du 93.**

« Dans le droit commun on voit beaucoup de réticences par rapport à la précarité, aux personnes sans droits, etc. On accompagne les gens, on les rend autonomes, et arrivés au droit commun ça bloque, notamment avec la barrière de la langue. » **Infirmière, EMMS.**

Les EMMS sont alors amenées à se retrouver dans une position d'intermédiaires et de médiation vis-à-vis de ces professionnel-le-s, en les accompagnant vers la maîtrise de thématiques vers lesquelles ils/elles ne

⁵⁵ Flye Sainte Marie et al., « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires ».

⁵⁶ Papuchon, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État ».

⁵⁷ Les bénéficiaires de l'AME sont victimes de discriminations lors d'une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres (DREES, 2023)

se seraient pas tournés naturellement, du fait de méconnaissance ou d'un sentiment de manque de légitimité :

« La question de l'acculturation au soin des équipes sociales est un vrai enjeu. En général elles peuvent ne pas trouver leur place dans le parcours de soins, elles sont souvent assez peu formées. C'est un travail assez chronophage de redonner une place dans cet accompagnement, de leur faire comprendre qu'elles ont leur place dans une consultation médicale. Mais les travailleuses sociales pensent souvent que non. Et puis par rapport au secret médical, ce n'est pas le nom de la pathologie qui importe, ce sont les conditions pour après, comment la question reviendra après. » **Coordinateur.ice d'une EMMS.**

« La difficulté avec les travailleurs sociaux, c'est de faire accepter certains problèmes de santé. Je pense par exemple à l'addiction qui est toujours très compliquée. Et pour les personnels médicaux, de faire accepter le côté social et du coup, de dire : 'Il y a une dimension derrière, là vous ne pouvez pas lui donner juste un traitement, il n'a pas de frigo en fait, il est dehors'. » **Infirmière, EMMS.**

« Souvent, ils se sentent pas légitimes alors qu'ils pourraient faire. Je pense aux CHRS, il y a plein d'endroits où on pourrait leur dire c'est vous qui faites, et ils disent ah mais ça, je sais pas faire. » **Infirmière, EMMS.**

« Mes missions sont très proches de celles l'équipe mobile, j'ouvre les droits, je coordonne le parcours de soins, j'accompagne parfois aux rendez-vous. Pour moi, Malika [infirmière de l'EMSP du Groupe SOS] est médiatrice en santé. » **Médiatrice en santé, ville de Seine-Saint-Denis.**

Les équipes mobiles pluriprofessionnelles, de par leur nature et leurs missions qui s'apparentent parfois à de la médiation, sont effectivement motrices dans ce décroisement entre professionnel-le-s et cela passe notamment par le travail en réseau, développé précédemment. C'est aussi le cas pour les EMPP :

« On ne peut pas travailler segmentés avec d'un côté le somatique, de l'autre la psychiatrie et à part le social. » **Coordinateur d'une EMPP du 93.**

Le constat est le même dans les EMMS interrogées hors Seine-Saint-Denis, et la directrice d'une EMSP du Val-d'Oise relie la problématique du cloisonnement entre le médical et le social au fait que ces dispositifs sont saturés et qu'il n'y a pas d'espace, de temps, de ressources pour faire le pont avec les autres secteurs :

« Le souci c'est qu'on est moins connu des professionnels de santé, qui n'ont pas le temps de consacrer des créneaux pour nos publics : les délais sont immenses. Tant qu'il n'y aura pas de développement du soin en France on sera dans une impasse. Il y a un tel niveau de saturation, le médical n'a pas les capacités de s'ouvrir au médico-social, on ne le leur reproche pas. »

L'angle d'approche des EMMS nous donne à voir comment les professionnel-le-s du médical d'une part, et du social d'autre part, gagneraient à être plus sensibilisé-e-s sur les thématiques de l'autre secteur, notamment dans la pertinence et l'efficacité de leurs prises en charge. Cela nécessite néanmoins un niveau de saturation moindre, et donc des moyens supplémentaires, pour être plus disponible pour des sujets moins directement liés au « sanitaire pur » ou au « travail social pur ». La question du manque de moyens et de la saturation des dispositifs sera abordée dans la Partie 4, II. C).

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

• Dépasser les clivages administratifs

Nous nous interrogeons à présent sur l'existence réelle d'un décloisonnement entre le médical et le social au niveau des institutions. Si la mise en place des EMMS révèle une certaine convergence d'intérêts entre ces deux domaines, peut-on vraiment parler de collaboration entre les instances décisionnaires en Seine-Saint-Denis, l'ARS-DD93 et la DRIHL 93 ?

L'ARS et la DRIHL, deux antennes décentralisées de l'État, financent chacune des dispositifs distincts et sont habituées à échanger avec certains acteurs en particulier.

« Avec la DRIHL 93, on parle très peu des problématiques santé et ça illustre bien quand même une séparation des fonctions administratives, DRIHL d'un côté, ARS de l'autre. Même si je pense que ces personnes-là se connaissent très bien, les liens existent et se font. Mais nous, on a l'impression de faire le lien entre ces différentes administrations. Je pense que c'est aussi vraiment très en lien avec les ressources limitées, et les ressources humaines dont ils disposent dans ces administrations. Mais quand c'est pas un dispositif qu'ils financent, bah ils le regardent pas beaucoup. » Membre de la direction, SIAO 93.

Le point de vue de professionnel·le·s d'Interlogement93, association très majoritairement financée par la DRIHL 93, mais également par l'ARS-DD93 sur l'EMSP et la régulation des EMMS, est intéressant de par leur position de double interlocuteur. Dans la citation ci-dessus, il est souligné que, malgré des liens interpersonnels, l'intérêt de ces deux institutions demeure focalisé sur les dispositifs qui sont financés par leur budget. Cela a pu être observé lors de la candidature du SIAO 93 pour la régulation des EMMS:

« L'ARS Ile-de-France a pu avoir du mal à identifier la plus-value du SIAO à porter ces dispositifs car le SIAO peut leur sembler très social et éloigné du médical. Au vu du projet bien construit de la régulation, ils ont dit d'accord pour le 93. Mais les liens entre ces deux champs d'intervention et ces deux financeurs distincts ne sont pas toujours faits aux différentes échelles. Dans le 93 il y a de la communication entre la DRIHL et l'ARS, surtout avec le département précarité qui fonctionne bien du fait de la précarité du territoire et de financements plus importants. Alors que l'ARS région est moins proche de leurs homologues travaillant sur le champ de la précarité et des problématiques sociales et de l'accès au logement. Il avait été souhaité que le SIAO ait un médecin dans l'équipe de régulation, sans quoi il serait plus difficile de réguler. Mais finalement, en travaillant avec des professionnels très divers on comprend le besoin en termes d'accès aux soins, même s'il n'y a pas de temps médical pur. » Responsable de pôle, Interlogement93.

Le SIAO 93 se propose même de faire office de pont entre les deux secteurs :

« On a des liens directs pour des situations avec des acteurs précis du médico-social, et aussi un rôle de coordination entre les professionnels du social et du médico-social : des instances pluri-pros, de la diffusion d'informations, de communications. On aimerait que le SIAO soit un lieu ressources pour les professionnels du social, mais aussi du médical. » Responsable de pôle, Interlogement93.

Du fait de la différence d'échelle entre la délégation départementale et le siège, il peut y avoir des différences de vision sur les dispositifs et les partenaires à même de les porter. Le décalage entre les points de vue à ces deux niveaux à propos de la pertinence de la régulation des EMMS par le SIAO 93, exposée dans cette partie dans le I. A), illustre cette différence de point de vue. D'une part, au niveau régional, il y avait un

questionnement sur le partage de tutelle du SIAO avec la DRIHL tandis que d'autre part au niveau départemental la cohérence de porter la régulation par rapport aux « différentes casquettes » du SIAO est soulignée.

Bien qu'à la marge, des échanges entre DRIHL 93 et l'ARS-DD93 existent à l'échelle du département, en particulier à propos de projets médicaux ou médico-sociaux qui ont besoin de partenariats avec le secteur social pour se développer correctement, ou de projet d'hébergement sur des publics aux problématiques liées à la santé :

« Parfois on est alertés sur des situations complexes individuelles, sur des situations trop compliquées dans les structures, qui nécessitent par exemple des réorientations vers des LHSS, LAM... Avant il y avait une instance sur les questions de santé avec l'ARS, mais maintenant ça s'est distendu car on manque de temps, mais il y a des temps privilégiés notamment sur la périnatalité et les « bed blockers » dans les maternités. [...] On se coordonne pour accélérer la fluidité des structures PPM dans le 93 et hors département. Et on travaille avec la DRIHL et l'ARS pour faire augmenter ce parc, car c'est lié aux lits bloqués dans les maternités. » DRIHL 93.

« Ça arrive de temps en temps qu'on échange [avec la DRIHL 93] sur la question des psys dans le secteur AHI⁵⁸, d'Un chez soi d'abord⁵⁹,... Sur d'autres sujets, le travail est beaucoup plus concerté : pour les équipes mobiles mesure 27 et pour les psys en structures d'hébergement par exemple. car on prend le parti de faire porter des dispositifs par des acteurs qui sont aussi sociaux et pas que médico-sociaux. [...] C'est intéressant d'avoir des opérateurs [pour les EMMS] du social, car ce sont eux qui connaissent le mieux les publics les plus précaires, et notamment pendant la Covid qui ont remarqué les problématiques de santé. [...] Les opérateurs du social sont en attente de ça même si on constate que le déploiement est lent. » ARS-DD93.

Une dynamique semble amorcée et assumée du côté de l'ARS-DD93 : répondre à une attente du secteur du social et s'appuyer sur leur expertise avec les publics précaires pour la mise en œuvre de dispositifs médico-sociaux qui ont ces personnes pour public cible, allant dans le sens d'un décloisonnement entre médical et social. Ce décloisonnement est effectivement souhaité par plusieurs acteurs de terrain, au-delà du SIAO 93 :

« Rien ne fonctionne en vase clos. La prochaine étape c'est de penser les équipes mobiles dans tout leur écosystème, pas que celui médico-social. [...] Décloisonner serait un enjeu. [...] La vie des gens elle n'est pas cloisonnée, plus on comprendra cela plus on gagnera en efficacité sur les réponses qu'on apportera. » Coordinateur·rice, EMMS.

⁵⁸ Les dispositifs « Accueil, Hébergement, Insertion » (AHI) sont destinés aux personnes en grande difficulté sociale nécessitant une aide globale pour leur permettre d'accéder au logement et de retrouver leur autonomie. Ils sont financés par la DRIHL 93.

⁵⁹ Le dispositif Un chez soi d'abord permet aux personnes sans abri les plus fragiles, celles qui souffrent de troubles psychiques et cumulent les plus grandes difficultés, d'accéder directement à un logement ordinaire et d'être ainsi accompagnées vers la réinsertion (source : ministère de l'Écologie, des Territoires et du Logement).

B - Les EMMS à l'épreuve des frontières entre le social et le médical

Nous venons d'aborder l'articulation entre le médical et le social sous l'angle de l'expérience autour des EMMS, en ce qui concerne les professionnel-le-s d'un secteur peu sensibilisé-e-s aux problématiques de l'autre, et également au niveau d'un décloisonnement timide des organes étatiques décentralisés de Seine-Saint-Denis. Il s'agit à présent de voir comment l'articulation entre ces deux secteurs se traduit plus concrètement dans l'activité des EMMS.

• Un accompagnement à deux dimensions

Lors de l'accompagnement réalisé par les EMMS, le travail effectué sur le plan social peut différer de celui du plan médical sur différents aspects. Nous développons ici les questions de la temporalité et de l'adhésion de la personne accompagnée.

Les personnes qu'accompagnent les EMMS semblent souvent plus préoccupées par le volet social que médical. Dans le cas particulier de l'EMMS spécialisée périnatalité du Groupe SOS, la partie médicale du suivi de grossesse est plus simple à comprendre, et les demandes des femmes suivies vont avoir tendance à se concentrer sur l'hébergement, les démarches administratives :

« Au niveau médical, elles sont plus autonomes qu'au niveau social. Donc tout ce qui est prise de rendez-vous chez le médecin, tout ça, elles arrivent à le faire toutes seules. Oui, souvent, il faut leur rappeler mais quand même, ça va, ça suit. Parce que les délais au niveau médical, ils sont courts. Par exemple, tu dois être suivie tous les mois pendant ta grossesse, tu dois faire 3 échographies, c'est carré. Ou tu dois peser ton bébé, même si la situation est compliquée, elles vont tout faire pour que leur bébé aille bien, donc si tu leur dis qu'il faut aller le peser, elles vont le faire et puis en plus, c'est plus concret que le social... Et puis, il y a la barrière de la langue aussi. Je veux dire, aller faire peser son bébé, bon même si tu ne comprends pas bien le français, tu confies ton bébé, on le pèse, on te dit c'est bon, alors qu'aller remplir une déclaration d'impôts si tu ne comprends pas le français, c'est impossible. Et puis c'est des délais qui sont lents, c'est des mois, donc t'es noyé là-dedans en fait. » Sage-femme, EMMS.

« C'est vraiment le repère social, on voit bien qu'elles sollicitent beaucoup plus Julie [travailleuse sociale de l'équipe] que nous. Nous, aussi, elles ont ce qu'il faut, elles ont repéré la PMI, le médecin et elles peuvent demander des informations, mais si elles ont repéré d'autres personnes, ça va. Julie, c'est plus compliqué. Mais je pense que c'est vraiment leur repère social et qu'elles savent que c'est Julie qui pourra trouver l'hébergement, les orienter vers où manger et tout ça. » Sage-femme, EMMS.

Ce constat se retrouve également du côté d'équipes plus généralistes :

Extrait du carnet de terrain, immersion avec une EMMS, février 2024

Les travailleuses sociales de l'association expliquent qu'elles n'interviennent pas tout de suite sur une situation dans le cas de l'équipe mobile : l'évaluation est faite par le binôme psy / infirmier-e (ou psy / aide-soignant-e), et si besoin une travailleuse sociale interviendra dans un second temps pour évaluer les besoins. C'est discuté en réunion d'équipe s'il y aura intervention sur le social. Une travailleuse sociale explique « les personnes parlent très vite du social en fait, même si elles sont malades c'est la situation sociale qui va le plus les inquiéter ».

En ce qui concerne le travail concrètement effectué par les professionnelles des équipes, une différence se ressent aussi entre volet médical et volet social, particulièrement sur la temporalité. En effet, bien que la situation sociale soit souvent considérée comme la plus urgente par les personnes suivies, elle est aussi souvent la plus longue et complexe à travailler.

« C'est plus facile de rendre une personne autonome vers le soin que vers les démarches sociales. Quand elles ont un TS, on a parfois du mal à faire le lien, on a du mal à savoir où ils en sont, comment faire. Parfois on a du mal à reprendre contact avec des prescripteurs alors que pour moi côté santé souvent il n'y a personne donc je suis beaucoup plus libre. [...] En général pour la santé j'interviens pendant les trois premiers mois du suivi et après ce n'est plus que le social, l'administratif sur lequel il y a du travail. » **Infirmière, EMMS.**

« Pour moi le médical c'est pas le plus compliqué déjà parce que je m'y connais mieux. Il y a ce monsieur-là, côté santé c'est tout réglé, mais il est encore dans la file-active parce qu'il y a encore des démarches administratives en cours. » **Infirmière, EMMS.**

Point de vigilance dans cette partie, nous faisons référence aux EMMS qui proposent un accompagnement médical et social. Concernant l'ESSIP, dont l'activité est sanitaire, le côté social n'est pas ou très peu abordé. Une infirmière déclare pendant une immersion lors de sa tournée journalière « Finalement je ne connais presque rien des patientes que j'accompagne, je ne sais même pas comment ni pourquoi elles sont venues en France, je sais juste qu'elles étaient dans une résidence à Aubervilliers avant ici. »

Ainsi, l'accompagnement proposé par les EMMS sur le plan médical se déroule généralement de manière relativement plus fluide que le social : les personnes accompagnées en mesurent l'utilité plus rapidement, particulièrement quand cela concerne leurs enfants, et les démarches s'effectuent plus rapidement. À l'inverse, du côté de l'accompagnement social, les durées d'accompagnement sont plus longues, les démarches plus complexes, moins « palpables » et l'autonomie plus difficile à acquérir pour les personnes.

« Le travail social est moins palpable par rapport aux soins, ça peut générer de la frustration du côté de la personne comme du professionnel » **Travailleur·se social·e, EMMS.**

• **Dynamiques partenariales du canal social et du canal médical**

Des spécificités au niveau des partenariats et de la sollicitation des EMMS s'observent également entre acteurs du social et acteurs du médical.

D'abord, les professionnel·le·s du médical et du social ne s'emparent pas de la même façon des différentes EMMS. Cela se reflète dans les chiffres du recours à la régulation. En effet, on voit sur la Figure 24 que les signalements des partenaires « du social » (professionnel·le·s du SIAO, de structures d'hébergement, de logement adapté, de services sociaux municipaux et départementaux) sont 2 % à être orientés vers l'ESSIP et 40 % vers une EMSP. Pour les signalements provenant des acteurs du sanitaire et du médico-social, 17 % ont été orientés vers une ESSIP et 33 % vers une EMSP. La tendance qui se dessine, confirmée par les témoignages ci-dessous, serait la suivante : dans les structures du social, les missions des EMSP de coordination de parcours de soins sont mieux comprises et correspondent plus au public rencontré tandis que pour les actrices et acteurs du sanitaire ou du médico-social, les missions de l'ESSIP, proches des missions de ces dernier·e·s et qui consistent principalement à réaliser des soins, sont plus claires pour les professionnel·le·s et plus adaptées au besoin de relais suite à une consultation ou une sortie d'hôpital par exemple.

Partie 2 Réinscrire les EMMS dans l'écosystème médico-social de Seine-Saint-Denis

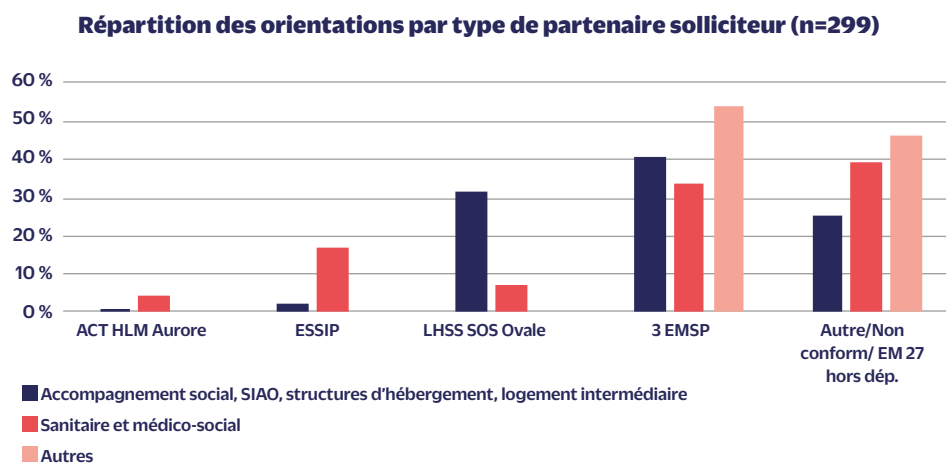


Figure 24 : Répartition des orientations par type de partenaire sollicitateur en 2023.

SOURCE : INDICATEURS DE LA RÉGULATION, INTERLOGEMENT 93.

« Les acteurs du sanitaire et du social ne sollicitent pas pour les mêmes raisons : j'ai beaucoup de demandes d'hôpital pour l'ESSIP, pour du soin, avant que la personne ne sorte de l'hôpital. Alors que le social ça concerne plus des équipes généralistes type EMSP, ACT hors les murs, périnatal et un peu moins ESSIP. » - **Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93.**

Lors d'un entretien dans une PASS hospitalière, l'infirmière coordinatrice, interrogée sur l'ensemble des EMMS, ne parle que de l'ESSIP :

« Je connais bien l'ESSIP. [...] Je n'ai pas de contact particulier avec des EMSP. [...] J'avais une patiente pour qui il fallait faire un pansement au domicile. Au début je la faisais venir, mais c'était compliqué. Pour son confort c'est mieux avec l'ESSIP. »

« Les EMSP, on n'arrive pas à cerner vraiment leurs missions. Autant l'ESSIP et périnatal c'est bien fléché c'est clair, mais les autres on n'arrive pas à comprendre sur quelles problématiques elles interviennent. »

Directeur-riche de service social hospitalier.

Ainsi, une forme de sensibilité différente s'observe entre professionnel-le-s d'un même secteur, favorisant la connaissance et la compréhension mutuelles. En ce sens, nous rejoignons ici la problématique de la connaissance des EMMS sur le territoire, liée en partie à la question du secteur des professionnel-le-s. En effet, la culture professionnelle liée à la profession implique un certain langage, certaines conceptions et pratiques. À l'hôpital par exemple, les personnes interrogées constatent une réelle segmentation entre soignant-e-s et services sociaux hospitaliers en ce qui concerne les interactions avec les EMMS ou la connaissance de ces dernières :

« Il est important que les équipes soient plus connues par d'autres professionnels que ceux du service social, d'hôpitaux notamment. On a fait des rencontres sur des hôpitaux où on a beaucoup vu les services sociaux. Je sais que quand je travaillais à l'hôpital je voyais rarement les services sociaux même si le patient était en situation de précarité. Ce n'était pas un réflexe. [...] S'il y avait une connaissance des services des EMSP de la part des soignants et des cadres de santé par exemple, ce serait plus efficace. » - **Infirmière, EMMS.**

« On est principalement sollicité par le secteur social : les CHU, CHRS, etc. Et très rarement par le médical. [...] Ça arrive quand même quelques fois qu'on ait des demandes de services sociaux des hôpitaux. Mais on a encore beaucoup de mal à se faire connaître, c'est compliqué de faire passer l'information aux soignants alors que les travailleurs sociaux du milieu hospi nous ont identifiés. C'est pas une évidence pour eux de comprendre les différences de conditions de vie pour ces publics spécifiques par rapport aux autres. » **Coordinatrice, EMMS du 95.**

Au-delà de l'hôpital, entre différentes organisations, le fait de faire partie de la même « famille professionnelle » favorise les échanges et les partenariats. Cela s'observe particulièrement entre soignants, qui partagent l'accès au secret médical :

« Honnêtement quand on a la casquette de soignant les médecins vont parler plus facilement, et on va aussi mieux comprendre ce que disent les médecins. Mais après voilà nous on apprend, par exemple sur le diabète. » **Travailleuse sociale d'une structure du 93.**

« Être soignant c'est très bien, mais ça a aussi des revers. Par contre ça débloque beaucoup de choses dans le travail, on n'est jamais bloquée par le secret médical dans l'échange avec des médecins par exemple. » **Coordinatrice des EMMS du 94.**

Cependant, cette fluidité entre professions similaires de structures différentes est à nuancer. Une hiérarchie implicite peut être ressentie entre soignant-e-s de l'hôpital et soignant-e-s des EMMS :

« On n'est pas aussi légitimes que les soignants d'hôpitaux à leurs yeux, ou si on l'est c'est juste grâce à notre réseau. » **Responsable d'une EMMS du 95.**

Pour certains acteurs la personne en charge de la régulation et de la coordination des EMMS devrait être soignant-e. Si cela facilite certains échanges, comme le souligne plus haut la coordinatrice des EMMS d'un autre département, infirmière de formation, la mise en place de certains partenariats a été compliquée :

« C'est difficile pour une coordinatrice qui vient du médical de nouer des liens avec acteurs du social comme le 115... ça m'a pris beaucoup de temps. » **Coordinatrice des EMMS d'un autre département.**

De plus, les missions du poste sont adaptées à une personne non professionnelle de santé, mais qui connaît très bien le secteur :

« Beaucoup de gens pensent que j'ai une formation de soignante, ce n'est pas le cas et pour moi c'est pas du tout un problème. Ce qu'il faut c'est connaître les acteurs, les dispositifs, comprendre ce qu'est un parcours de soins, etc. » **Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93.**

En ce qui concerne les personnes qui encadrent les EMMS, au moment de l'étude 2 équipes sur 6 avaient pour responsable une soignante. Selon la coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93, le poste d'encadrant-e d'une EMMS est plus adapté à quelqu'un qui vient du médical :

« Pour moi c'est mieux que les coordo des équipes soient des professionnels de santé, même si ça a pu très bien matcher avec certains qui ne l'étaient pas. Ça a une plus-value, car ils vont débriefer de situations médicales en équipe, ça risque d'être incompréhensible sinon des fois. C'est pas impossible de faire autrement, mais je le favoriserai vraiment. Le coordo des équipes doit appuyer le professionnel de santé pour éviter des cas d'infirmières isolées. » **Coordinatrice-régulatrice des EMMS du 93.**

On constate alors que, du fait de canaux privilégiés entre professionnel-le-s du même secteur, les partenariats des EMMS se trouvent parfois un peu cloisonnés. Cette tendance s'observe au niveau des sollicitations adressées à la régulation et des témoignages de différents professionnel-le-s. Pour autant, si ce phénomène peut parfois compliquer le travail en réseau, elle ne le rend pas impossible, les EMMS ayant justement vocation à décroisonner les secteurs. Ce constat renforce l'utilité de ces dernières et souligne la valeur ajoutée de la pluridisciplinarité.

• Accompagner globalement : la plus-value de la pluridisciplinarité

« Quand le social ne tient pas, le médical va lâcher » **Travailleuse sociale, EMMS.**

Cette phrase déclarée lors d'une première rencontre avec une personne illustre la tension et la relation entre le suivi médical et le suivi social pour le public sans-domicile. La vulnérabilité du social devient un frein au médical tout comme la vulnérabilité médicale le devient pour le social. À l'inverse, un suivi social fort peut être un levier au déblocage de la situation sanitaire ; tout comme la solidité du suivi médical peut être un levier à l'avancement du travail social autour du parcours de la personne. D'où l'intérêt d'un accompagnement global de la part des EMMS, qui favorise le décroisonnement des secteurs à l'échelle d'un individu.

« Ces équipes sont pluriprofessionnelles, cela n'existait pas avant. Elles mélangent social et médical. Pouvoir travailler à la fois sur le parcours de soin et l'accès au droit et au logement est avantageux alors que ce sont deux secteurs très divisés. » **Responsable de pôle, Interlogement93.**

« J'espère qu'il y en aura d'autres dans le département, c'est une plus-value énorme sur le territoire, on est beaucoup à faire le même travail sans le savoir, et nos postes permettent de voir ça, qui est déjà là. On est des « répertoire sur pattes », on permet de décroisonner des secteurs. Je vois la psychiatrie s'ouvrir, l'addicto aussi. On voit des curseurs qui bougent. Et des patients qui sont soignés comme il faudrait. » **Coordinatrice des EMMS dans le 94.**

« J'avais cette volonté-là de prendre en charge le patient dans sa globalité et j'avais une volonté de rester dans le social. » **Infirmière EMMS.**

Le caractère global de la prise en charge de la personne par les EMMS constitue une réelle plus-value, tant pour la personne elle-même que pour les professionnel-le-s. Le décroisonnement entre le médical et le social, induit par l'intervention de l'équipe, est cependant loin d'être automatique et nécessite un réel travail. En effet, par le prisme du dispositif des EMMS, on constate que le médical et le social demeurent deux secteurs qui ne se fondent que rarement, particulièrement au niveau des antennes de l'État. Cela se reflète au niveau de l'activité des EMMS, sur le plan de la connaissance de ces dernières selon le secteur du / de la professionnel-le ainsi qu'au niveau de la fluidité des partenariats.

Conclusion de la Partie 2

Les EMMS sont un dispositif qui se situe au cœur des écosystèmes du médical, du social et du médico-social de Seine-Saint-Denis de par la construction même de leur fonctionnement. En effet, différentes catégories de partenaires gravitent autour de ces dernières et sont nécessaires à leur fonctionnement. La régulation des EMMS de Seine-Saint-Denis fluidifie l'articulation entre elles et les partenaires, notamment en faisant office d'interlocuteur unique en cas de signalement d'une situation. Pour des sollicitations pertinentes, un non-recours faible, et un maillage territorial partenarial complet, se faire connaître constitue un enjeu central, pour les équipes comme pour la régulation. L'étude des EMMS nous donne à voir, à travers ses financeurs, sa place d'intermédiaire et ses différents partenariats, l'articulation particulière entre le médical et le social, mettant en lumière la plus-value de l'accompagnement global et décloisonnant des EMMS.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

Les EMMS ont un double objectif général : d'une part, accompagner les personnes vers le système de santé approprié en fonction de leur situation et d'autre part, favoriser l'intérêt, l'appropriation et l'autonomie vis-à-vis de leur santé au sens large du terme. Plus précisément, elles visent à accompagner les personnes vers le soin si ces dernières n'y recourent pas – ou pas comme elles en auraient besoin ; à accompagner vers une autonomie dans le parcours de soin ; à familiariser les personnes avec le système de soins. Les personnes rencontrées par les EMMS présentent en effet des caractéristiques particulières et complexes en termes de parcours de soins, en lien avec leurs conditions et parcours de vie, qui conduisent à des pratiques de recours aux soins et de mobilité géographique spécifiques. Nous mettons dans cette partie la lumière sur le lien qui unit les personnes accompagnées par les EMMS à la santé et aux soins, ce qui permettra de comprendre sur quels aspects l'intervention des équipes peut se révéler bénéfique et dans quel cadre ces dernières interviennent.

I. Des parcours de soins heurtés, des vies sans logement : analyser les trajectoires des personnes accompagnées

Afin de mieux comprendre auprès de qui les EMMS travaillent et à quels enjeux elles peuvent être confrontées, nous nous concentrons dans un premier temps sur les parcours de soins des personnes accompagnées. Nous montrerons comment être sans logement est un élément aggravant, voire déclencheur de pathologie et quels impacts peuvent avoir des événements spécifiques de vie (liés à la situation résidentielle, la situation familiale, professionnelle, socio-économique, administrative) sur les parcours de soins des personnes. Dans les pages qui suivront, nous détaillerons le plus finement possible les trajectoires résidentielles, professionnelles et médicales de plusieurs personnes accompagnées. La présentation de ces « carrières⁶⁰ » n'a pas vocation à être représentative de l'ensemble de la population sans-abri. En revanche, ces études de cas permettront de mettre en lumière certains éléments caractéristiques et communs de ces carrières de santé et de rue.

A - Quand la rue se lit dans les corps : effets de la (sur)vie sur la santé

Il s'agit ici de montrer d'une part les caractéristiques sanitaires des personnes accompagnées par les EMMS et d'autre part le poids des effets de l'errance résidentielle et de la rue sur les conditions de santé.

• *Profil et principales caractéristiques des personnes rencontrées par les EMMS*

Les personnes accompagnées par les EMMS rencontrent toutes des problématiques sociales et médicales. Dans le « questionnaire du cycle de suivi », la première question porte sur l'état de santé perçu⁶¹. Rappelons que le questionnaire du cycle de suivi est adressé à des personnes rencontrées pour la première fois par une EMMS. Il n'est pas certain que la personne soit suivie par l'EMMS après cette rencontre (voir présentation du questionnaire en introduction). La moitié des personnes pour qui le questionnaire est posé lors de cette première rencontre (T1) qualifient leur état de santé de « moyen » (cf. **Figure 25**) et plus d'un quart

⁶⁰ Le terme de carrière, issu du sens commun pour désigner les étapes de la vie professionnelle, est par ailleurs envisagé en sociologie comme un outil de recherche : « Subjectivement, une carrière est une perspective en évolution au cours de laquelle une personne voit sa vie comme un ensemble et interprète ses attributs, ses actions et les choses qui lui arrivent. » (Everett Hughes, *Men and Their Work*, Westport, Greenwood Press Reprint, [1958], 1981, p. 63)

⁶¹ La santé perçue se réfère à la perception qu'a une personne de sa santé générale. Cet indicateur subjectif est utilisé dans de nombreux travaux. Il dépend de critères médicaux, mais aussi de risques pour la vie future, de l'avancement de la maladie, de la position sociale (Scodellaro, « La santé perçue aux âges élevés : des critères médicaux aux évaluations pratiques »). Ici, la question était posée ainsi : « Pensez-vous que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ? ».

de « mauvais » ou « très mauvais ». La faible quantité de réponses « bon » ou « très bon » s'explique par le fait qu'une rencontre avec les équipes a lieu lorsqu'il y a une problématique en lien avec la santé ou la coordination médico-sociale, tandis que le nombre de « mauvais » ou « très mauvais » aurait été plus important pour une équipe qui intervient dans l'urgence, ce qui n'est pas le cas des EMMS.

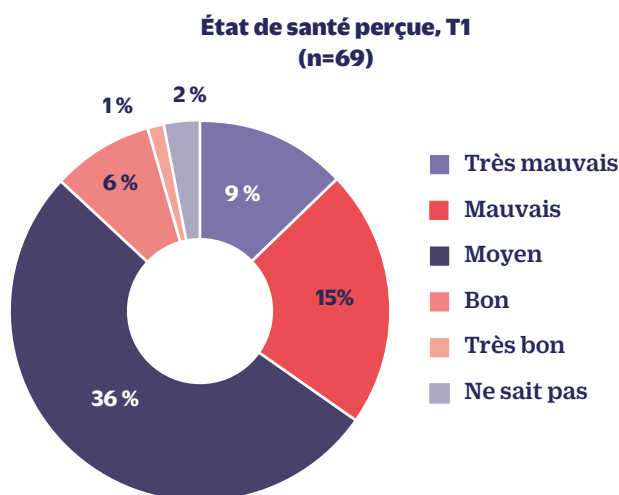


Figure 25 : État de santé perçue, 69 répondant-e-s.

SOURCE : QUESTIONNAIRE DU CYCLE DE SUIVI

Ces chiffres s'inscrivent dans un constat déjà largement étudié concernant l'état de santé défavorable et la prévalence de certaines pathologies chez les populations sans logement^{62 63}. Pour ce qui est des personnes rencontrées par les EMMS durant l'année 2023, certains états de santé se démarquent également. Le graphique ci-dessous (*cf. Figure 26*) présente les problématiques de santé identifiées lors de la sollicitation des EMMS. Il faut prendre en compte à la lecture de ces données que les prescripteur-ice-s des EMMS ne sont pas majoritairement des professionnel-le-s de santé et ont du mal à identifier une problématique spécifique face à des situations complexes et pluripathologiques, ce qui explique le nombre important de « Ne sait pas, Non renseigné ». Si la qualification exacte du besoin et des pathologies des personnes peut évoluer et changer lors de la rencontre effective avec les professionnelles des équipes, ce graphique donne à voir quelques tendances. Parmi les problématiques de santé rencontrées, la question des troubles psychologiques et psychiatriques semble majeure, ainsi que celle liée à la grossesse et à la périnatalité, représentant à elles deux 40 % des demandes d'intervention d'une équipe. Suivent les pathologies chroniques, notamment les cancers et le diabète, puis les lésions traumatiques, les maladies cardio-vasculaires et enfin les problèmes ostéoarticulaires. Cette répartition des états de santé identifiés dans la population étudiée correspond à ce qui est déjà étudié concernant l'état de santé des personnes sans-domicile (voir III. de la Partie Introductive).

⁶² Rainhorn et Grémy, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.

⁶³ Royer et al., « Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs ».

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

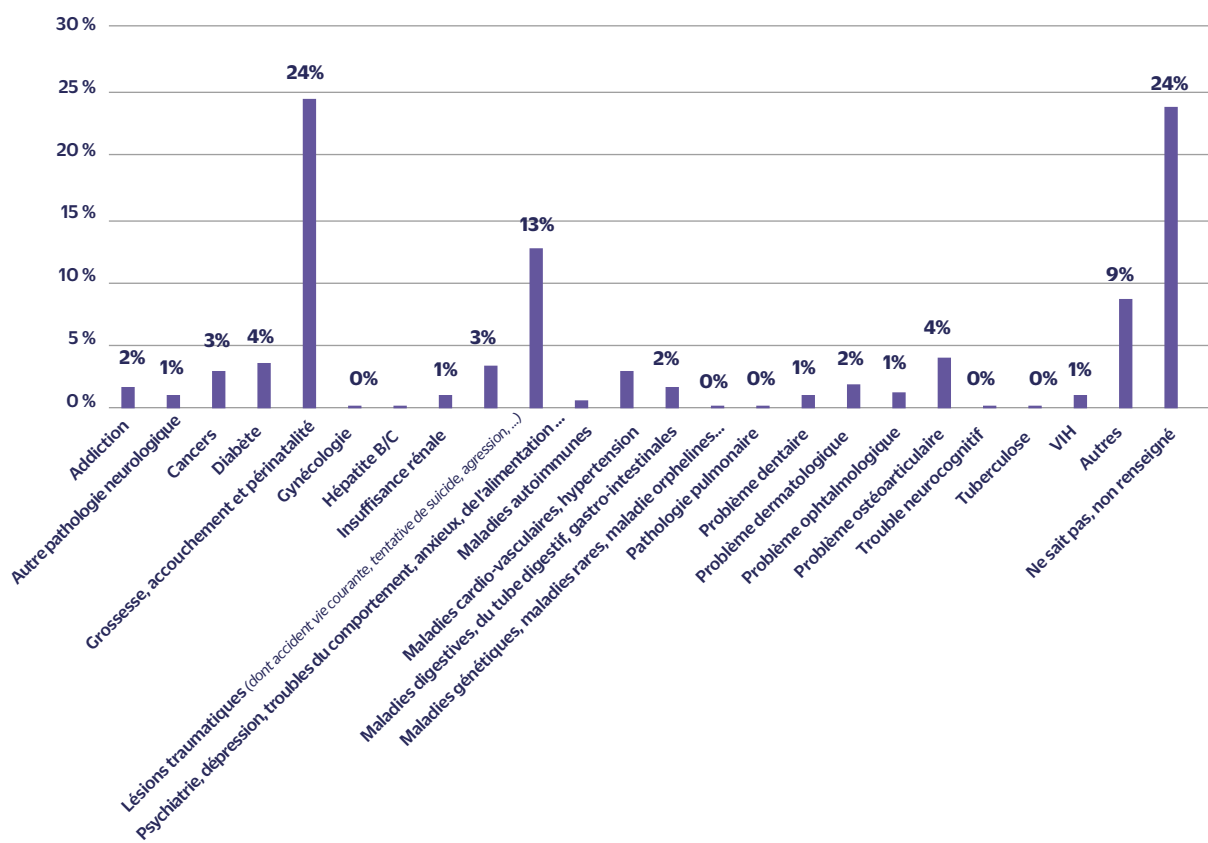


Figure 26 : Problématiques de santé identifiées par le prescripteur lors de la sollicitation d'une EMMS à la Régulation, 299 sollicitations, SOURCE : INDICATEURS DE LA RÉGULATION INTERLOGEMENT93, 2023.

De plus, dans les rapports d'activité 2023 des EMMS, les pathologies principales identifiées sont parfois indiquées. Pour l'EMSP d'Hôtel Social 93, arrivent en première position les lésions traumatiques (dont accident vie courante, tentative de suicide, agression, ...) tandis que pour l'EMSP d'Interlogement93 c'est la catégorie « maladie psychiatrique, dépression, troubles du comportement, anxieux, de l'alimentation » qui concerne le plus de personnes suivies en 2023. Du côté de l'EMSP du Groupe SOS, il s'agit du diabète et des problèmes dentaires.

• Les maux des sans logement : quels effets des conditions de vie sur la santé ?

Le terrain de l'étude permet clairement d'établir une corrélation entre les conditions de vie précaires et un état de santé dégradé. Ce lien est tout du moins nettement mis en évidence par les professionnelles des EMMS, mais aussi par les personnes accompagnées.

Pour les professionnelles des EMMS, diverses problématiques de santé apparaissent comme résultant des conditions de vie des personnes qu'elles suivent. L'asthme touche par exemple particulièrement les enfants et nourrissons rencontrés par les EMMS. Ces dernières relient ce phénomène à l'hypermobilité, aux conditions de prise en charge par le 115 en hôtel et aux situations de rue ou d'hébergement instable par des tiers. Il s'agit d'une maladie dont la manifestation est multifactorielle. Il existe des prédispositions génétiques à l'asthme, mais celui-ci se manifeste en présence de facteurs aggravants tels que la présence d'allergènes dans les chambres d'hôtels du 115 (acariens, cafards, moisissures) ou le surpoids, qui rend la

maladie plus difficile à contrôler. Une prévalence particulièrement élevée du surpoids et de l'obésité chez les enfants sans logement a effectivement été prouvée⁶⁴.

La question du surpoids est également soulignée par les professionnelles, particulièrement pour le suivi des femmes enceintes qui développent plus souvent du diabète gestationnel. Cela s'explique par une présence de l'obésité jusqu'à deux fois plus importante chez les femmes sans logement que chez les femmes de la population générale⁶⁵. De plus, même si le diabète gestationnel est bien diagnostiqué, il reste très difficile pour ces femmes de mettre en place les leviers nécessaires pour le contrôler du fait des difficultés d'accès à une alimentation équilibrée à la rue ou en hôtel social où il n'y a parfois pas de cuisine.

Les professionnelles des EMMS évoquent la présence d'addictions, majoritairement chez les hommes. L'étude Samenta⁶⁶ (2009) montre que la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives est 3 à 6 fois supérieure chez les personnes sans logement franciliennes étudiées que pour la population générale. Ici, les addictions apparaissent rarement comme un besoin à travailler par la personne elle-même, mais plus comme un élément problématique pour les professionnel-le-s accompagnant ces personnes par ailleurs, rarement formé-e-s à ces questions.

Cette collision entre les attentes des professionnel-le-s et les besoins formulés des personnes se retrouve également dans le cadre de troubles psychiatriques et psychologiques. Les professionnel-le-s du social et médico-social ont souvent du mal à prendre en charge ces personnes. De fait, une très grande majorité de la population rencontrée par les EMMS présente une santé psychique dégradée, à différents niveaux : dépression post-partum, troubles psychiatriques, discours délirants, anxiété, stress post traumatique, etc. Ces problématiques accroissent le risque de « perdre » la personne (au sens de ne plus la retrouver géographiquement) ou de refus d'accompagnement :

« les problèmes d'adhésion sont liés aux problèmes psys. Il arrive qu'on perde des personnes, plutôt des profils avec psychose, démences, troubles cognitifs » **Infirmière d'une EMMS.**

Les enjeux autour de ces questions sont d'autant plus forts que la santé mentale, au même titre que la santé somatique, est aggravée par les conditions de vie. D'après l'étude Samenta⁶⁷ (2009), un tiers des personnes sans logement en Île-de-France souffrent de troubles psychiatriques sévères, ce qui est dix fois plus important que dans la population générale. Le domaine « psy » ne fait pas parti du champ d'action initialement prévu pour les EMMS, mais son caractère transversal oblige les EMMS à composer avec au quotidien.

« Vivre à la rue c'est quelque chose d'anormal. C'est inconcevable. Ça augmente et déclenche les pathologies psychiques psychiatriques » **Coordinateur.ice, EMMS.**

Enfin, la dégradation ou aggravation de douleurs chroniques ou de blessures apparaît comme un dernier point saillant du lien entre santé et situation résidentielle. En effet, les professionnelles remarquent que pour ces personnes des situations « qui ne devraient pas exister » apparaissent pourtant régulièrement. Des cas de problèmes physiques, chroniques ou ponctuels, sont particulièrement aggravés par la situation

⁶⁴ « ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France ».

⁶⁵ « ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France ».

⁶⁶ Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al., « The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries ».

⁶⁷ Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

de rue ou d'hébergement, il en résulte des états de santé dégradés qui seraient « évitables » s'il n'y avait pas cette situation d'errance résidentielle, comme illustré dans l'extrait ci-dessous.

Extrait de carnet de terrain, immersion avec une EMSP, mars 2024 :

« L'infirmière me donne l'exemple d'un homme d'une vingtaine d'années qu'elle avait orienté vers la PASS après une évaluation qui avait révélé un état de santé particulièrement dégradé : « il aurait vraiment pu mourir si je ne l'avais pas envoyé ». L'homme est désormais hospitalisé à Delafontaine. Elle l'avait reçu lors d'une permanence, et comme à son habitude elle avait fait des prises de mesures à la fin de la consultation. En faisant une prise au dextro cela avait donné 0,5 g de sucre/litre de sang, soit une hypoglycémie. Du fait de l'état physique de l'homme, notamment avec des plaies, et des conditions de vie à la rue, elle l'avait orienté pour l'hospitalisation d'urgence. S'en était suivi une rencontre avec la médecin traitant de cet homme afin de faire remonter le manquement dans le diagnostic de cette situation critique plus en amont. L'infirmière me disait alors qu'il était totalement aberrant qu'une mesure n'ait jamais été prise, que pour une personne « normale » on l'aurait vu bien avant et que cette hospitalisation aurait été évitable. »

Les personnes accompagnées par les EMMS et rencontrées en entretien témoignent également du lien entre leurs conditions de vie et leur état de santé. D'abord, à cause des lieux où elles sont obligées de passer la nuit. Un homme de 65 ans interrogé raconte par exemple avoir passé l'année 2023 à dormir dans un abri au bord de la Seine, régulièrement détruit par la police, avec quelques nuits ponctuelles à la Halte de Nuit de Saint-Denis. Son état de santé, préalablement stable malgré une opération quelques années auparavant, s'est très fortement dégradé à ce moment-là.

« Les médecins, ils me disent que c'est à cause du stress, y en a d'autres qui me disent que c'est à cause des produits dans la poubelle de pas loin où je dormais » **Homme seul, 33 ans, à la rue.**

« J'ai eu des problèmes, ma santé n'était pas très bonne parce que je dormais dans ma voiture. » **Homme seul, 33 ans, en hôtel 115.**

Au-delà de la rue, les dispositifs d'hébergement peuvent aussi s'avérer incompatibles avec l'état de santé des personnes, particulièrement lorsque la structure ferme ses portes pendant la journée⁶⁸ :

« Après, j'ai dit moi ici, ça m'arrange pas avec ma santé. Une fois que tu as dormi là-bas, à sept heures ils vont venir et te dire faut te lever et partir jusqu'à ce soir, à 18 heures. J'ai dit, moi à propos de ma santé, je ne peux pas. » **Homme de 36 ans en CHRS (citation à propos d'un CHRS hors Seine-Saint-Denis).**

De plus, la rue et les conditions précaires des solutions d'hébergement, qu'elles soient proposées par les associations, des tiers ou le 115, participent à l'aggravation de conditions physiques chroniques tels que les rhumatismes ou des affections dermatologiques. Un homme âgé atteint de psoriasis, aujourd'hui hébergé en CHRS, évoquait lors de l'entretien combien le stress de la rue, qu'il a connu à plusieurs reprises, avait aggravé sa pathologie, et que lors du déclenchement d'un rhumatisme psoriasique, il avait été fortement impacté dans sa mobilité, pouvant à peine marcher.

Sans même parler du lieu de vie, qui est pourtant central, les conditions de vie de la grande pauvreté ou préalables à cette dernière impliquent des situations qui favorisent de graves problèmes de santé, comme

⁶⁸ Il ne s'agit pas ici de structures de Seine-Saint-Denis, où aucune ne ferme ses locaux la journée.

l'instabilité administrative, le fait de travailler de façon non déclarée dans des conditions dangereuses, le risque de violence accru, les traumatismes du parcours de migration, l'hypermobilité.

« J'étais dans la vie active jusqu'à ce que la maladie vienne m'attraper. » Homme seul, 46 ans, en hôtel 115.

Dans un contexte d'irrégularité administrative, où le travail permet de s'assurer un revenu faible et fluctuant, mais existant, en dehors des aides de l'État, l'arrivée de la maladie ou d'un accident apparaît comme un facteur d'aggravation de la précarité économique. Pour l'homme de la citation ci-dessus, l'arrivée soudaine de la maladie aggrave d'un côté son état de santé avec les séquelles d'un AVC et de l'autre sa situation résidentielle et économique puisqu'il ne peut plus travailler et donc être autonome. On rencontre des situations similaires avec deux autres personnes rencontrées lors d'entretiens qui ont vu leur situation économique et sanitaire s'effondrer brutalement à la suite d'un accident du travail non déclaré dans le bâtiment.

Les personnes sans logement sont relativement plus exposées à la violence, ce qui impacte l'état de santé physique et psychique. C'est le cas d'un homme rencontré qui explique avoir dû s'enfuir d'un CHRS en laissant toutes ses affaires après avoir été menacé au couteau par d'autres résidents.

À cela s'ajoute, pour une partie des personnes rencontrées, majoritairement des femmes, la question du vécu traumatique, conséquence d'un parcours migratoire difficile pour les personnes étrangères, ou d'événements de ruptures pour d'autres tels que le décès d'un parent, d'un enfant, des violences conjugales ou encore un déclassement social à la suite d'un licenciement par exemple.

« J'étais découragée, j'étais abattue, j'avais même pas espoir, j'avais perdu confiance en moi [...] j'étais tellement désespérée de la vie, tout était mort pour moi. » Femme de 29 ans en CHU.

Cette femme raconte ici que la fin de son périple migratoire depuis l'Afrique de l'Ouest s'est accompagnée de l'apparition de nombreux symptômes de traumatismes, dus aux multiples violences physiques, psychiques et institutionnelles qu'elle a subi durant son parcours. Symptômes qui se sont également manifestés de manières physiques, entraînant son hospitalisation en Espagne pendant un mois avant son arrivée en France.

Même dans les cas où il n'y aurait pas de violence ou de traumatisme spécifique, il ressort des différentes phases de terrain que le simple fait d'être en errance résidentielle est traumatisant et impacte fortement la santé mentale.

« Je n'arrive pas à dormir, je dors trois ou quatre heures par nuit, j'ai des insomnies [...] je suis plus aussi bien qu'avant et je suis trop faible. Ça fait trois ans que j'ai peur de tout, tout le temps, de moi-même. [...] Je ne pleure pas, mais j'ai des idées noires, de la colère, je sens que je suis irritable ça fait un an, je suis dégoûté de la vie. » Homme de 23 ans à la rue après une expulsion de FJT.

Ce témoignage rend compte d'une forte corrélation entre la survenue d'un état mental dégradé et l'errance résidentielle. Ici, la temporalité de « trois ans » correspond à l'arrivée en France et la présence en foyers de jeunes travailleurs ou de travailleurs migrants. C'est une solution instable avec des facteurs de stress importants. L'aggravation « [il y a] un an » correspond quant à elle à une situation financière précaire qui remet en question la présence dans le foyer du jeune homme. Cette situation influence grandement son état psychique, et par conséquent, son état physique, avec une perte de poids importante.

La question des addictions, de leur survenue et/ou de leur accentuation, avec le parcours d'errance résidentielle est elle aussi un champ conscientisé et investi par les personnes rencontrées.

[Monsieur déclare fumer du cannabis pour se sentir mieux car il se sent] « tout le temps triste à l'intérieur. [...] Si j'ai fumé [du cannabis], ça va [rire] ! » Homme seul de 23 ans en CHU.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

Ces paroles rendent compte de l'usage de substances psychoactives afin de soulager un mal-être, qui dans cet entretien a été formulé comme découlant des conditions matérielles d'existence et du statut administratif et résidentiel. D'autres personnes témoignent de la corrélation entre le début de la prise d'une substance addictive avec le début de la précarisation, et de l'enclenchement d'une boucle rétroactive négative, dans le sens où ces personnes ont vu leur état de santé physique et mental s'aggraver. C'est le cas par exemple d'un homme de 64 ans en LHSS au moment de l'entretien qui « découvre l'alcool en arrivant en France » et qui connaît de gros problèmes de santé et de longues hospitalisations liés à des chutes sous emprise de l'alcool.

Ces données riches sur le ressenti des professionnel·le·s et des personnes accompagnées par les EMMS concernant des situations sanitaires multifactorielles permettent de retracer des trajectoires complexes, où les freins sont nombreux en ce qui concerne l'acquisition et le maintien d'un bon état de santé. 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. Ce mécanisme s'opère directement par les conditions du lieu de vie, ou indirectement par tout ce qui accompagne la vie en errance. Il apparaît alors important de mettre à plat ces parcours pour objectiver ces étapes et ruptures, ainsi que la corrélation des divers événements sanitaires, résidentiels, administratifs ou familiaux.

B - Décrire et analyser l'enchevêtrement des parcours de vie et de soins : trajectoires biographiques, sanitaires et résidentielles

Afin de voir plus précisément l'entrelacement entre les différentes dimensions d'un parcours de vie d'une personne accompagnée par une EMMS, nous plaçons notre focale sur 4 parcours de personnes interviewées. Ces parcours ont été choisis par rapport à leurs différences en termes de recours aux soins et aux corrélations qu'ils illustrent entre situation résidentielle ou socioéconomique et parcours de soins. Ils permettent ainsi d'illustrer les types de situations complexes auxquels sont confrontées les EMMS dans leur quotidien et les dimensions de leur accompagnement.

Nous avons ici construit des frises à partir d'entretiens et d'analyse de données issues du logiciel Ariane Santé lorsque c'était nécessaire. Ces frises sont structurées autour de trois axes principaux : parcours résidentiel, situation sanitaire et recours aux soins. À cela ont été ajoutés d'autres événements considérés comme importants au regard de leur impact sur la situation sanitaire ou le recours aux soins, comme une réponse à une demande d'asile, des violences subies ou la perte d'un emploi.

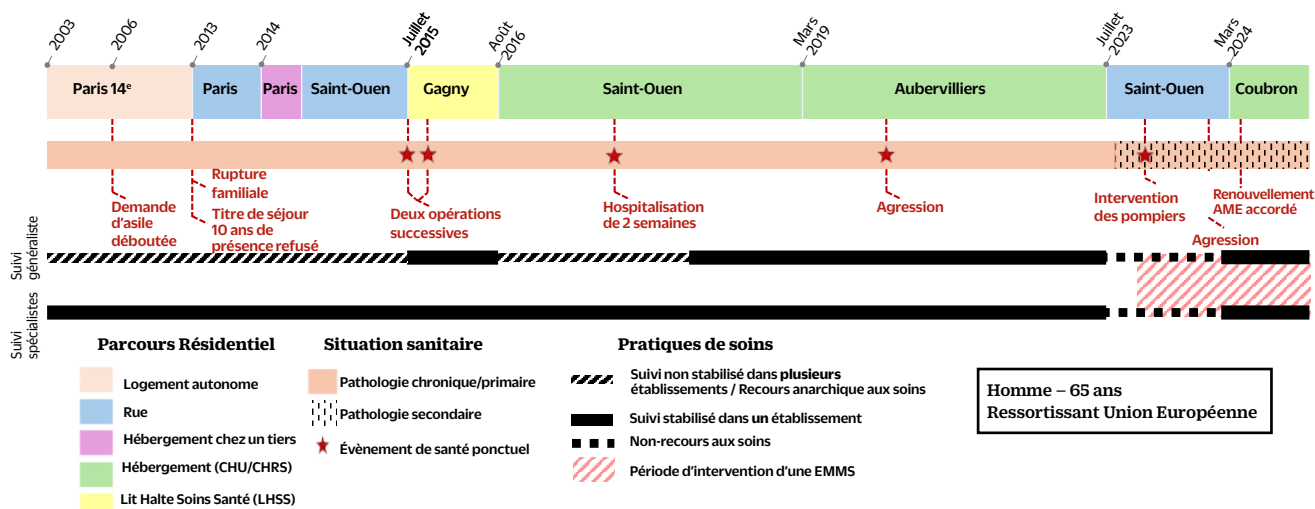


Figure 27 : Parcours reconstitué n°1, SOURCE : ENTRETIEN RÉALISÉ EN AVRIL 2024 ; ARIANE SANTÉ, AVRIL 2024. RÉALISATION : J. BASTIER - GUILCHER.

Commentaire du parcours n°1, Monsieur K., Figure 27 :

> **Parcours résidentiel et socio-économique**

La première trajectoire sur laquelle nous allons nous pencher est celle de Monsieur K., dont la vie à la rue est d'abord la conséquence d'une rupture familiale qui entraîne une rupture résidentielle et une situation d'errance. Après une opération, Monsieur K. est hébergé en LHSS (Lits Halte Soins Santé) en lien avec les besoins de soins post-opératoires. Il passe ensuite presque 7 ans dans deux structures d'hébergement, toujours en Seine-Saint-Denis. Cependant, dans la deuxième structure, à partir de 2019, la situation de cet homme devient de plus en plus compliquée en raison d'un environnement hostile du fait de fortes tensions avec les autres résidents. Cela le pousse finalement à quitter la structure « pour rester en vie » et il se retrouve à nouveau à la rue en 2023. À son arrivée en France, Monsieur K. a travaillé comme maçon, mais il a dû ensuite arrêter son activité en raison de son âge et de son état de santé dégradé.

> **Parcours de soins**

Pendant les périodes de vie à la rue, de nouvelles problématiques de santé apparaissent ou s'aggravent : blessures liées à des agressions, rhumatismes, douleurs. En ce qui concerne le recours aux soins à propos de la pathologie chronique dont Monsieur K. est atteint, le suivi continue de se faire de manière stable auprès d'un spécialiste et d'un établissement préexistant à l'errance résidentielle, déjà fortement identifié et avec qui une relation de confiance s'est construite depuis son arrivée en France plus de 10 ans auparavant. Toutefois, pour ce qui est du suivi généraliste, la stabilité des lieux de recours se dégrade jusqu'à se rompre. Le recours est aléatoire « j'allais un peu partout », voire inexistant, malgré des besoins en santé forts voire urgents. Après les agressions subies dans la structure d'hébergement, Monsieur K. sollicite les urgences, les pompiers et divers centres de santé parisiens. En parallèle à cela, une EMPP vient à sa rencontre suite à un constat de non-recours à des soins concernant la santé mentale, mais il refuse d'être suivi.

> **Accompagnement par une EMMS**

L'intervention de l'EMMS prend place au moment où Monsieur K. est à la rue, il a subi une énième agression qui nécessite l'intervention des pompiers alors que son AME n'est plus valide. Le signalement est effectué par l'EMPP qui constate un état de santé somatique particulièrement dégradé. Monsieur K. a été suivi pendant 1 an et 2 mois et l'accompagnement lui a permis de retrouver des suivis généralistes et spécialistes stabilisés ainsi que d'intégrer une structure d'hébergement à Coubron en mars 2024. Enfin, son AME est renouvelée et une nouvelle demande d'asile a été effectuée.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

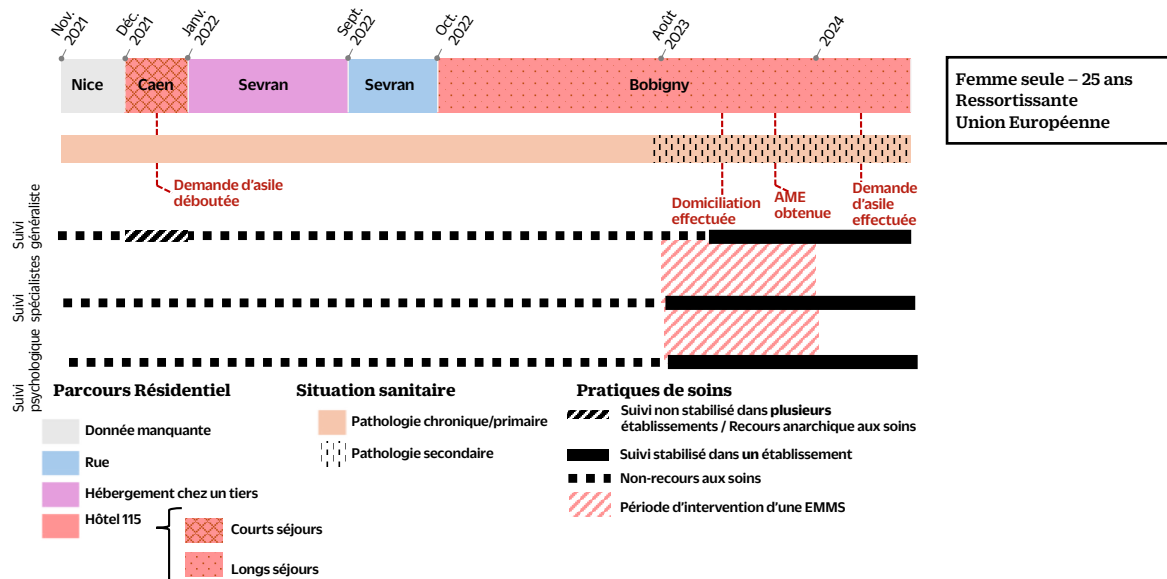


Figure 28 : Parcours reconstitué n°2. SOURCE : ENTRETIEN RÉALISÉ EN AVRIL 2024 ; ARIANE SANTÉ, AVRIL 2024. RÉALISATION : J. BASTIER-GUILCHER.

Commentaire du parcours n°2, Madame L., Figure 28 :

> Parcours de soins

Madame L. arrive en France après un parcours migratoire de 3 ans entre son pays natal et l'Europe. À son arrivée en Île-de-France elle connaît une période d'errance résidentielle et d'alternance entre hébergement chez une compatriote et vie à la rue de presque un an, avant d'être mise à l'abri à hôtel par le 115 en long séjour en octobre 2022.

> Parcours résidentiel et socio-économique

À l'état de santé physique dégradé de Madame L. s'ajoutent les conséquences d'un parcours jalonné de traumatismes multiples (violence, deuils, excision, mariage forcé pendant l'enfance, séparation de ses enfants, isolement, viols) dont résultent des crises d'angoisse et d'anxiété très fortes, apparues au moment où elle a retrouvé une stabilité résidentielle. Jusqu'en 2023 elle ne sollicite jamais de médecin malgré un état de santé qu'elle déclare « moyen ».

> Accompagnement par une EMMS

L'EMMS qui a accompagné Madame L. est intervenue suite à un signalement du 115 après l'évocation de douleurs à la poitrine et au dos. C'est grâce aux professionnelles de l'équipe mobile qu'elle a été prise en charge par un centre de santé et une association spécialisée sur la question de la santé des femmes et des violences gynécologiques, la Maison des Femmes de Saint-Denis, située à proximité de son lieu de vie, qui devient alors son lieu de soins privilégié et où se trouvent tous les soignants nécessaires à son suivi (infirmière, gynécologue, psychologue, médecin généraliste).

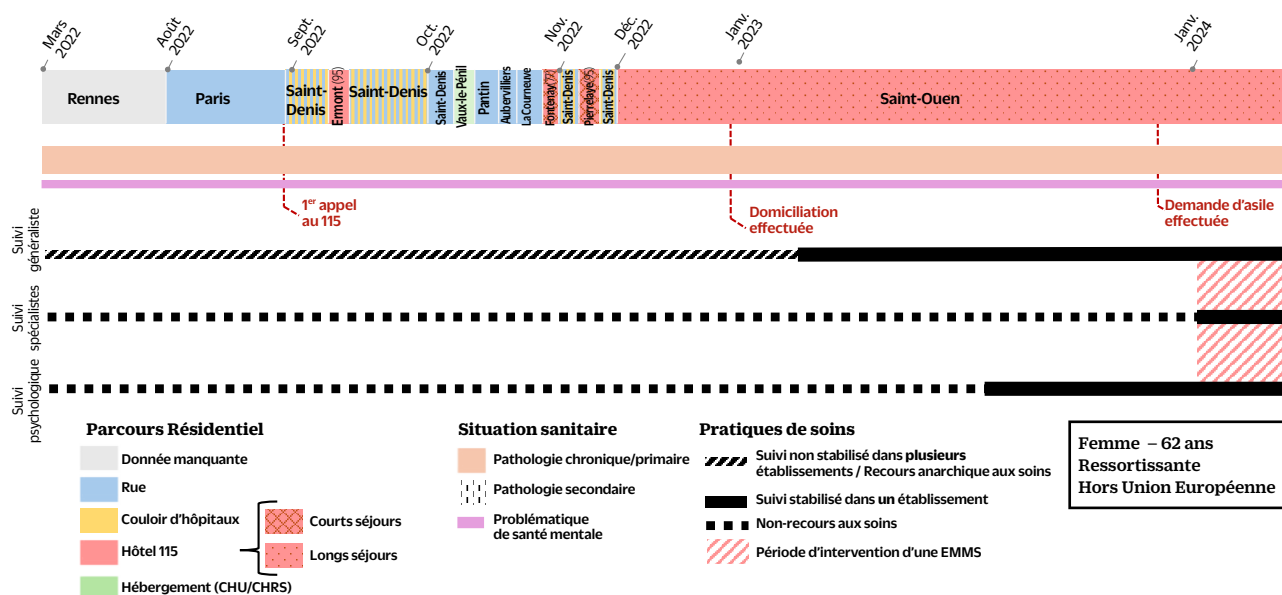


Figure 29 : Parcours reconstitué n°3, Source : Entretien réalisé en avril 2024 ; Ariane Santé, avril 2024.
Réalisation : J. Bastier-Guilcher.

Commentaire du parcours n°3, Madame Z., Figure 29 :

> Parcours résidentiel et socio-économique

Madame Z. arrive en France en 2022 après avoir fui des violences conjugales. Elle connaît une période d'errance résidentielle durant ses premiers mois en Île-de-France. Elle se réfugie dans des parcs, des gares, des hôpitaux, jusqu'à l'obtention d'une mise à l'abri en hôtel 115 en décembre 2022.

> Parcours de soins

En raison de son âge avancé et d'un historique de violences subies, Madame Z. présente de nombreuses douleurs physiques qui entravent sa mobilité. Ses problématiques de santé physique, associées à une détresse psychologique ont été particulièrement difficiles à vivre pendant l'errance. Elle choisit de dormir dans les couloirs d'un hôpital en raison de la présence de compatriotes, mais aussi pour profiter d'une meilleure proximité aux soins d'urgence lors de dégradations subites de son état de santé (crises de douleurs). Ce n'est qu'avec la stabilisation de sa situation résidentielle qu'elle parvient à instaurer un suivi régulier en CMS. Elle a également été orientée vers un psychologue, cette fois-ci par le secteur associatif.

> Accompagnement par une EMMS

Grâce à l'intervention d'une EMMS, rencontrée lors d'une permanence de l'équipe dans un accueil de jour, elle est orientée vers un médecin traitant et des spécialistes, puis un kinésithérapeute pour traiter ses problématiques de douleurs diffuses.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

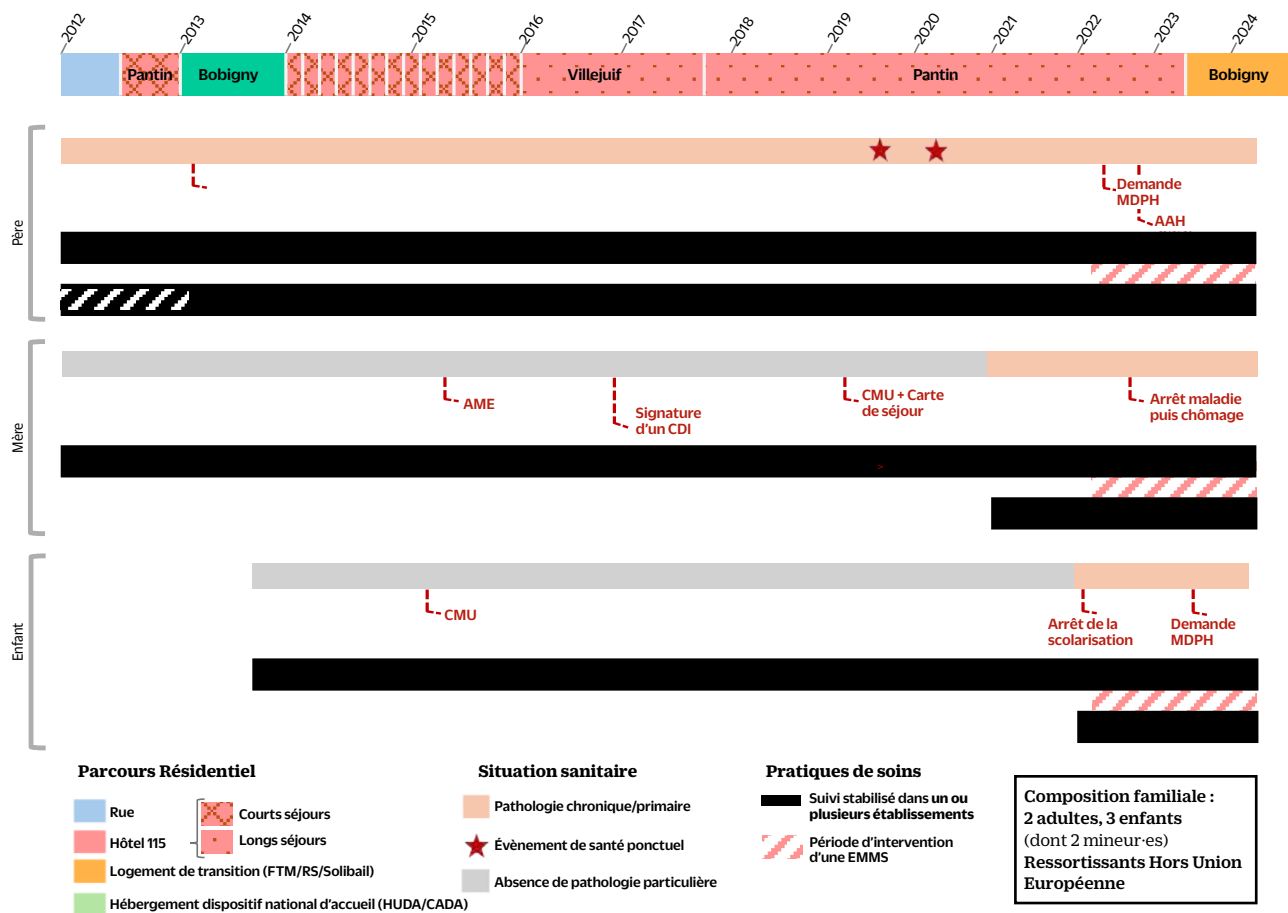


Figure 30 : Parcours reconstitué n°4,

SOURCE : ENTRETIEN RÉALISÉ EN AVRIL 2024 ; ARIANE SANTÉ, AVRIL 2024. RÉALISATION : J. BASTIER--GUILCHER.

Commentaire du parcours n° 4, la famille B., Figure 30 :

> Parcours résidentiel et socio-économique

La famille B. est mise à l'abri en hôtel 115 pour des courts séjours après une période à la rue. Après un passage en CADA d'un an à la suite d'une demande d'asile, elle est finalement stabilisée en long séjour pendant plusieurs années.

> Parcours de soins

Les besoins en santé de la famille B. augmentent au fil des années, les membres de la famille déclarant successivement des pathologies chroniques nécessitant la sollicitation de nombreux professionnels de santé, spécialistes et généralistes. De fait, cette frise montre que le père est atteint d'une pathologie chronique depuis son arrivée en France en 2012. De plus, à partir de 2021, où se déclenchent un cancer pour la mère puis une pathologie neurologique pour l'enfant le plus jeune de la fratrie, plusieurs conséquences apparaissent : l'arrêt maladie, puis le chômage pour l'adulte et la mise en suspend de la scolarisation pour l'enfant. Ces deux faits laissent deviner en filigrane une surcharge et un surinvestis-

sement, nécessaire à ce moment-là, de la santé pour cette famille, qui a toujours en « fond » la gestion de la pathologie chronique du père, et ponctuellement des besoins en santé pour les autres membres de la fratrie. S'il ne semble pas y avoir de freins concernant la prise en charge, la cohérence du parcours de soin et la stabilité du suivi, la cartographie de ce recours donne à voir une imbrication des flux de recours aux soins qui se chevauchent et s'entrecroisent à la fois temporellement et géographiquement. À cela s'ajoute des difficultés de compréhension et de dialogue avec les professionnel·le·s de santé, la famille étant allophone, seule la mère maîtrisant bien le français.

> Accompagnement par une EMMS

En donnant suite à un signalement de la travailleuse sociale de la PASH 93 qui accompagnait la famille B., une EMMS est intervenue pour débloquer la situation administrative d'une part, et clarifier et fluidifier le recours aux soins d'autre part. En effet, l'équipe a relancé la demande MDPH de Monsieur B., débloquent ainsi l'AAH, leur permettant, grâce à ce nouveau revenu, d'accéder à un logement Solibail. De plus, grâce à l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, la clarification des différentes pathologies, traitements et rendez-vous, la littératie en santé de la famille B. s'est améliorée et la gestion au quotidien est devenue plus facile.

Commentaire global des parcours

De ces reconstitutions de parcours ressortent différents éléments concernant l'intensité des liens qui unissent les parcours résidentiels, socioéconomiques et de santé. Mais ces parcours illustrent aussi le morcellement des parcours résidentiels tant en termes de type de lieu de vie que d'emplacement géographique, ainsi que le lien entre l'absence de logement et un état de santé dégradé. Les frises permettent également de mettre en lumière la variabilité du niveau de recours aux soins des personnes accompagnées avant l'intervention d'une EMMS, et plus largement la mise en œuvre concrète des missions des EMMS auprès des personnes choisies.

Les parcours présentés et les témoignages associés nous montrent différentes facettes des liens qui unissent parcours résidentiels ou socioéconomiques avec la trajectoire de soins. En effet, il apparaît d'abord que la stabilisation du lieu de vie peut avoir un impact sur le parcours de soins ou l'état de santé : c'est le cas pour Madame L. dont l'état psychologique s'aggrave fortement lorsqu'elle est en long séjour à l'hôtel 115, mais aussi pour Madame Z., de façon plus positive, qui n'arrive pas à se rendre chez le médecin généraliste avant d'être en long séjour à l'hôtel. De plus, comme évoqué précédemment dans le I. de cette partie, des ruptures ou moments d'errance dans le parcours résidentiel se révèlent aussi déterminants sur l'état de santé : pour Monsieur K. et Madame Z., la vie à la rue (ou en structure) a aggravé un état de santé déjà fragile en raison d'agressions ou de conditions particulièrement difficiles. À l'inverse, l'état de santé peut également avoir un impact positif sur le parcours résidentiel, comme pour Monsieur K. qui passe de la rue à l'hébergement en LHSS, puis en structure d'hébergement après une hospitalisation. Ce phénomène paradoxal d'une amélioration des conditions de vie des personnes sans logement « grâce » à des problèmes de santé a été étudié dans la littérature⁶⁹. À l'inverse, on constate un autre phénomène paradoxal pour Madame L. : une amélioration de la situation résidentielle qui conduit à une aggravation de la santé psychique puisque le fait de se « poser » et de se « relâcher » hors de la rue laisse la place à la remontée des traumatismes⁷⁰. Par ailleurs, en situation d'errance, le choix du lieu de vie peut être lié à l'état de santé comme en témoigne Madame Z. qui choisit de dormir dans des couloirs de l'hôpital en raison de sa proximité avec les urgences en cas de crise.

⁶⁹ Benoist, « Tant qu'on a la santé... c'est pire ! : L'amélioration paradoxale des conditions de vie de personnes sans-abri ».

⁷⁰ Cette problématique a également été soulignée lors d'entretiens avec des professionnelles des EMMS.

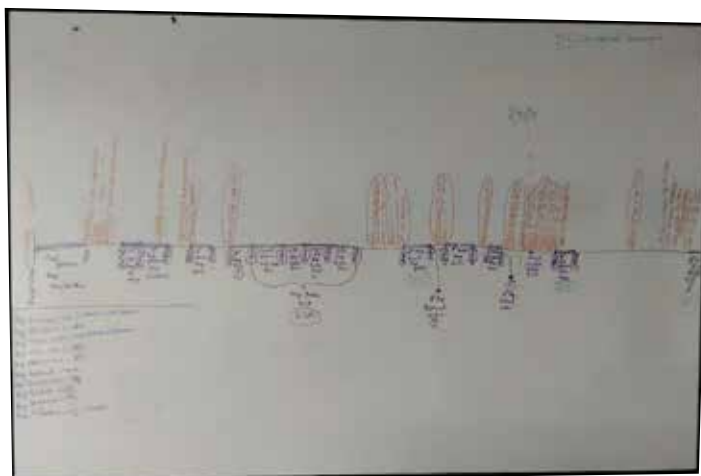
Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

De plus, l'état de santé a des conséquences sur la situation socioéconomique des personnes (arrêt de travail, chômage et déscolarisation en lien avec l'arrivée de pathologies dans la famille B.) tout comme la situation socioéconomique ou administrative a un impact sur le parcours de soins (l'obtention de la CMU du père de la famille B. lui permet d'initier un suivi stable de la part d'un spécialiste concernant sa maladie chronique).

Bien que l'instabilité résidentielle et l'absence de logement favorise des situations de non-recours aux soins, cette corrélation n'est pas systématique notamment lorsqu'un suivi spécialiste est déjà mis en place depuis longtemps et que la pathologie est lourde. C'est alors plutôt du côté du suivi généraliste que peut s'observer un renoncement aux soins lié à un changement résidentiel. En effet, dans le cas de Monsieur K., le suivi par un spécialiste concernant sa maladie chronique reste stable malgré les nombreuses ruptures résidentielles tandis qu'il arrête de se rendre chez un médecin généraliste.

Il est intéressant de regarder la variabilité des niveaux de recours aux soins observée selon les ménages présentés afin de souligner les différentes situations auxquelles sont confrontées les professionnelles des EMMS. En effet, entre une personne qui n'a recours à aucun professionnel de santé, comme Madame L., une famille dont plusieurs membres sont touchés par des pathologies lourdes avec des suivis adaptés et stables et un besoin d'accompagnement et de clarification (famille B.), ou encore une personne suivie par des spécialistes, mais sans coordination de la part d'un médecin généraliste (Monsieur K.), le travail d'accompagnement à effectuer sera très différent. Dans ce contexte, les équipes font preuve de flexibilité et s'adaptent au mieux aux besoins des personnes.

Par ailleurs, le travail d'enquête et de reconstitution que doivent souvent effectuer les équipes témoigne de la complexité et du morcellement des différentes dimensions des parcours de vie, notamment au regard des soins, des personnes accompagnées. La photo ci-dessous (**image 1**) illustre la reconstitution du parcours d'un homme accompagné par une EMMS effectuée par les professionnelles après de nombreuses démarches et appels aux partenaires.



*Image 1 :
tableau de travail,
bureau
d'une EMMS, I. H.*

Enfin, il apparaît sur l'intégralité des frises que la période d'intervention d'une EMMS coïncide avec la stabilisation d'au moins une des dimensions du parcours de soin (généraliste, spécialiste, psychologique) voire parfois également du parcours résidentiel (intégration d'une structure d'hébergement pour Monsieur K. ou accès à un logement Solibail pour la famille B.) ainsi que des avancées administratives (renouvellement de l'AME et de la demande d'asile de Monsieur K., demande MDPH de la famille B., domiciliation et AME de Madame L.).

On constate ainsi que les parcours de soins et la situation sanitaire des personnes accompagnées par les

EMMS sont intimement liés au fait d'être sans logement, tant sur le plan de l'impact des conditions de vie sur l'état de santé que sur le plan des éléments qui entourent le sans-abrisme (parcours migratoires, situations administratives complexes, risques accrus de violence, emplois non déclarés...). Le zoom sur des parcours-types permet de mieux illustrer comment la situation résidentielle ou des événements d'ordre socio-économiques ou administratifs sont corrélés à la stabilité du parcours de soins et du recours aux soins, et à quel moment et de quelle façon les EMMS agissent sur ces parcours. L'intervention d'une EMMS favorise le recours aux soins, la stabilisation des suivis médicaux généralistes, spécialistes ou psychologiques, l'avancée ou le « déblocage » de situations administratives concernant les droits en santé, la domiciliation, les démarches MDPH, voire même la situation vis-à-vis des droits au séjour et enfin peut parfois permettre, en lien avec l'offre disponible, l'accès à un hébergement.

II. Solliciter et recourir aux soins quand on est sans logement

Nous avons souligné dans la sous-partie précédente que les parcours de soins des personnes accompagnées par les EMMS sont complexes et quasi systématiquement entrecoupés de période de non-recours aux soins. Si le parcours résidentiel ou des événements déterminants sur le plan administratif ou socio-économique offrent une première piste d'explication des comportements de recours aux soins, nous observons en réalité des déterminants multiples. De plus, la pratique du territoire en termes de recours aux soins représente un aspect incontournable des comportements de sollicitation des professionnels par les personnes accompagnées, et pose la question des difficultés induites par la mobilité lorsque l'on est en mauvaise santé.

A - Des pratiques spécifiques de (non) recours aux soins

Le terrain de l'étude nous donne à voir différents témoignages sur les pratiques de non-recours aux soins, tant du côté des personnes suivies par les EMMS que du côté des professionnels. Du fait de la pluralité de comportements qui semble se dégager, l'opposition « recours aux soins » et « non-recours aux soins » est-elle réellement pertinente ? Comment graduer et nuancer le recours aux soins, notamment par rapport au type de professionnel sollicité ?

• Les déterminants du non-recours aux soins

Nous employons ici les termes « non-recours aux soins », qui désigne d'après le responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) des besoins de soins non satisfaits, justifiés médicalement⁷¹, et « renoncement aux soins », qui renvoie aux situations où « les personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité ou une partie de leurs besoins de soins » de façon équivalente. En effet, selon une étude de l'ODENORE⁷² ces deux notions se recoupent en grande partie, car la grande majorité des besoins de soins ressentis par les personnes qui sont insatisfaites est justifiée sur le plan médical.

⁷¹ Warin et Chauveaud, « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard ».

⁷² Warin et Chauveaud, « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard ».

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

Sur notre terrain, le non-recours aux soins s'explique par divers barrières et freins, souvent conscientisés par les personnes interrogées. Parmi les 69 répondants au questionnaire du « Cycle de suivi », lors de la première rencontre, 59 % déclarent renoncer à des soins alors qu'ils en ont besoin. Les raisons de ce non-recours sont présentées sur la figure suivante (cf. Figure 31). Il en ressort principalement les blocages administratifs, le fait de ne pas savoir comment faire, la barrière financière, qui peut être imbriquée avec la non-ouverture de droits en santé, et la problématique de la barrière de la langue avec les soignants.

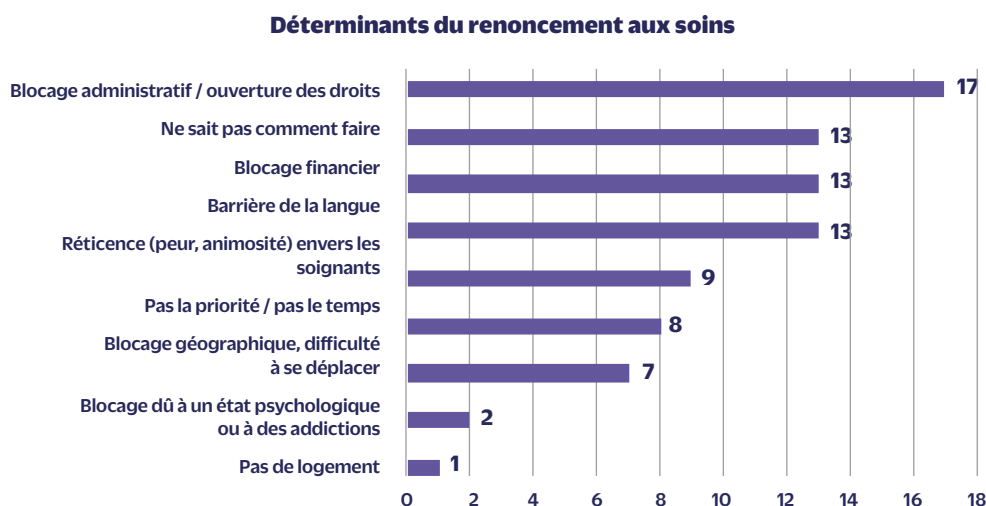


Figure 31 : Déterminants du renoncement aux soins, 41 répondant-e-s.
SOURCE : QUESTIONNAIRE DU CYCLE DE SUIVI, PREMIERS QUESTIONNAIRES.

La réponse « ne sait pas comment faire » pose la question de la littératie en santé, notamment dans un contexte de migration internationale où le système de soin français apparaît comme complexe et difficilement compréhensible. En effet, pour beaucoup de personnes rencontrées par les EMMS qui ne vont pas chez des soignant-e-s alors qu'elles en auraient besoin, avant même de pouvoir identifier des facteurs précis de non-recours aux soins, ne savent même pas par où commencer et sont « *totale-ment perdues* » (infirmière EMMS). La barrière de la langue joue un rôle central dans cette incompréhension, et complique également les interactions avec les soignant-e-s. Une femme de 30 ans, seule avec son nourrisson, raconte avoir de gros problèmes ophtalmiques, mais n'a pas pu aller voir de médecin à cause de ses difficultés à parler français.

L'argument financier dans le renoncement aux soins peut être relié au non-recours à l'AME⁷³ et plus largement à l'absence de couverture santé, rendant le prix des consultations, examens, hospitalisations et médicaments prohibitifs.

« J'avais très mal aux dents, mais c'était trop cher. Le médecin a dit d'attendre que j'aie l'AME pour pouvoir aller chez le dentiste » **Homme seul, 28 ans, hébergé chez un tiers.**

« Un jour, on m'a donné un examen, je pouvais pas payer donc j'ai l'ai pas fait. » **Femme seule, 62 ans, en hôtel social.**

⁷³ Une étude de l'IRDES de 2019, basée sur un panel observé à Paris et dans l'agglomération bordelaise, faisait état d'un taux de non-recours à l'AME de 49 %, qui s'explique par la méconnaissance, la complexité administrative, le fait d'avoir d'autres priorités. (MARSAUDON A. et al., « Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État. »)

« J'ai rencontré des difficultés [pour ce qui est de la santé], j'ai eu des douleurs dentaires notamment, mais j'ai pas trouvé les moyens de me soigner⁷³ » **Homme seul, 28 ans, à la rue.**

Les « moyens » évoqués ici par cet homme font référence autant à l'aspect financier qu'à la question des ressources personnelles concernant la connaissance de lieux de soins acceptant des personnes sans couverture sociale, ou de lieux spécifiques pour la problématique dentaire.

De plus, une partie des personnes interrogées est réticente à se faire soigner en raison d'un sentiment de peur lié à une appréhension ou à une expérience négative passée. Une femme interrogée explique par exemple s'être sentie discriminée par un-e gynécologue lors d'une prise en charge qu'elle estime mauvaise.

Extrait de carnet de terrain, immersion avec une EMSP, mars 2024 :

Pendant un rendez-vous avec une femme suivie par l'EMSP : quand l'infirmière lui demande si elle a pu consulter pour son poignet et ses dents, elle répond qu'il est impossible de trouver un kiné et un dentiste à Saint-Ouen. L'infirmière lui dit qu'il y a pourtant le CMS qui a des rendez-vous. Madame rétorque qu'elle ne veut pas aller au CMS car elle a eu une mauvaise expérience, elle a été mal prise en charge par un dentiste d'un CMS qui a fait une « bêtise » et elle a maintenant une dent pourrie. Elle est en colère contre les médecins et épuisée d'être envoyée de centre en centre.

Le fait que la santé ne soit pas une priorité par rapport aux nombreuses démarches auxquelles les personnes sans logement sont confrontées joue un rôle important dans le renoncement aux soins, particulièrement quand elles travaillent et qu'il n'est pas possible de dégager du temps pour se rendre aux rendez-vous. C'est souvent au moment où la douleur est trop aiguë et handicapante que la démarche d'aller se soigner (souvent aux urgences) va être réalisée⁷⁴.

« Depuis que j'ai eu ma maladie, j'arrive pas [à travailler]. Je suis bien là, je peux travailler, mais j'arrive pas à trouver. Et les rendez-vous aussi ! Si t'as un travail et que tu as rendez-vous tout le temps, c'est un problème. Même hier, j'étais en rendez-vous, je suis parti chercher mon médicament à l'hôpital. »

Homme de 23 ans hébergé en CHU.

« Ça m'arrive [de ne pas me soigner alors que j'en ai besoin], c'est de la négligence, des fois le travail m'empêche d'y aller, ou des fois je ne m'attendais pas à ce que la situation s'aggrave » **Homme de 42 ans hébergé en CHU.**

Comme cela ressort des extraits ci-dessus, de la disponibilité et de la flexibilité sont nécessaires pour gérer la maladie et le suivi médical.

Alors, quand se soigner semble trop compliqué, fait peur, prend trop de temps, est trop cher, ou pour des raisons culturelles d'éducation et d'habitude, des personnes vont préférer s'auto-médicamenter, soit en pharmacie soit à l'aide de remèdes traditionnels. C'est le cas d'une femme de 38 ans interrogée, hébergée en couple en CHU, qui explique privilégier le repos et les médicaments accessibles sans ordonnance (comme le Doliprane) ainsi que des remèdes traditionnels à base de plantes et de racines.

⁷⁴ Benoist, « Vivre dans la rue et se soigner ».

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

La question du recours à des spécialistes de la santé mentale est à part : avant d'être accompagné ou orienté, consulter des professionnel·le·s sur ce sujet ne fait souvent pas partie du champ des possibles des personnes interrogées.

« Parce que si les gens, ils me voient, je souris pas et ils me disent que je suis méchant alors que c'est pas ça. Tu as quelque chose qui... Tu souffres, quoi. Je me sens tout le temps triste à l'intérieur. Et ça s'arrange pas avec cette chambre, je suis loin de tout et de tout le monde. [...] Il n'y a rien à faire. »

Homme de 23 ans hébergé en CHU.

« Je me suis séparé [de ma compagne], j'étais pas bien, j'étais déprimé. Même si j'allais voir un docteur je dis quoi ? Je ne connaissais pas les psychologues au début. » **Homme de 34 ans en hôtel 115.**

Les professionnel·le·s qui accompagnent les personnes vers le recours aux soins, habitué·e·s à travailler sur les points de blocage, identifient plusieurs facteurs de non-recours qui rejoignent ceux exprimés par les personnes plus haut : la complexité du système de soins français, la barrière de la langue et les discriminations.

« On ressent un fort sentiment d'impuissance quand il y a le problème de la langue, du logement, de la défiance par rapport à des expériences négatives passées. Ces expériences sont très prégnantes dans la rupture de soin : 'j'ai envie de me soigner, mais je sais que ce ne sera pas adapté'. » **Coordinatrice d'une EMMS.**

« C'est triste à dire [...] mais la barrière de la langue, c'est vraiment un frein. On a accompagné des femmes sri-lankaises qui sont tout autant dans la misère et dans la grande précarité, mais parce qu'elles ne parlent pas français – et elles parlent anglais ! C'est ça qui est fou, l'anglais c'est quand même une langue internationale aujourd'hui en 2024 et elles sont toutes à côté du truc, leur suivi médical n'est pas toujours clair, on ne leur explique rien. La complexité de l'administration française, d'un suivi médical, c'est pas toujours hyper clair de savoir ce que tu dois faire, où tu dois aller, dans quelle administration tu dois te rendre pour faire ci, pour faire ça. C'est complexe, et puis on ne prend pas le temps d'expliquer aux gens donc forcément... Je pense que même nous, en étant nés ici et en parlant la langue, ça arrive qu'on soit perdus. Alors tu imagines, quand tu es d'une autre culture, que tu viens d'arriver et que tu parles la langue à moitié ou que tu ne la parles pas ? » **Travailleuse sociale, EMMS.**

En plus de la barrière de la langue, qui constitue un réel obstacle dans la compréhension du système de soins français et dans l'appropriation de son propre parcours de soin, les professionnelles des EMMS observent souvent des comportements discriminatoires⁷⁵ à l'encontre des personnes qu'elles suivent :

« Moi, j'en ai un, son docteur lui a dit : 'Pourquoi vous ne retournez pas dans votre pays ?'... Alors j'ai téléphoné quand même à la PASS en disant mais pourquoi ils ont mis un médecin comme ça, qu'il fallait le surveiller dans ses propos ou alors il s'était trompé et il n'avait pas compris ses missions... Donc ils l'ont surveillé. Et on ne fait plus passer par lui, point. » **Infirmière, EMMS.**

⁷⁵ Des discriminations concernant l'apparence, le type de lieu de vie, l'origine supposée ou effective ont été rapportées lors du terrain.

Extrait de carnet de terrain, immersion avec une EMSP, juin 2024 :

Le binôme avec lequel je me trouve me raconte leur journée d'hier : elles sont allées plusieurs fois à l'hôpital accompagner des personnes et elles me décrivent le mauvais accueil qu'elles y reçoivent. Des soignants disent face aux personnes "oh non pas les SDF !". La travailleuse sociale de l'équipe affirme, à propos d'une dame suivie qu'elle veut accompagner à l'hôpital prochainement : « Pour l'échographie ils vont nous rire au nez, la dame sent mauvais, mais en même temps il y a un mois d'attente à la PASS ».

Extrait de carnet de terrain, immersion avec une EMSP, avril 2024 :

Lors d'une discussion informelle entre la travailleuse sociale d'une structure et l'infirmière d'une EMMS : l'infirmière lance la conversation sur les médecins, qui ne soignent pas correctement les personnes sans-abri et évoque une discrimination particulière à l'égard de celles-ci. Elle cite plusieurs associations dont les médecins sont des « bras cassés » et s'indigne même qu'on puisse négliger des personnes déjà vulnérables. Elle reparle de plusieurs de ses patients : par exemple, une femme qui avait le ventre si gonflé qu'on aurait dit qu'elle était enceinte, à qui les médecins avaient simplement donné des médicaments pour la constipation sans s'inquiéter davantage de son état.

Face à ces comportements discriminants de la part des soignant·e·s et à la défiance qu'elle peut entraîner chez les personnes qui en sont victimes⁷⁶ (Benoist 2008⁷⁷), la réponse des EMMS consiste à orienter vers des partenaires de confiance afin de rassurer les personnes et de réduire le renoncement aux soins (comme évoqué à propos des partenariats dans la Partie 2 II. C).

Notons que le travail sur l'adhésion de la personne aux soins peut varier selon le type de public. Les professionnel·le·s du LHSS mobile spécialisé périnatalité soulignent le fait que les femmes qu'elles accompagnent ne sont pas en situation de non-recours et que du fait de leur grossesse elles sont « *vraiment en demande de soins et de démarches* ».

• Du non-recours au droit commun

L'action opposée du « non-recours aux soins » ne peut être réduite en « recours aux soins ». En effet, recourir aux soins recouvre plusieurs réalités pour les personnes sans logement qui peuvent s'adresser à des professionnel·le·s de santé particulier·e·s, s'approchant plus ou moins du droit commun, que l'on définit dans notre situation comme les dispositifs généraux applicables à toutes les personnes et à toutes les situations, sans critère ou spécialisation à des cas particuliers.

La Figure 32 schématise l'évolution dans le recours au soin, allant de la situation de non-recours total jusqu'au recours à des professionnel·le·s de santé relevant du droit commun. Pour schématiser l'accès de la rue au logement, le modèle de l'escalier constitue la base de nombreuses analyses avec sur chaque marche une étape à franchir : après la rue l'hôtel social, suivi par les structures d'hébergement avec accompagnement social, le logement intermédiaire, et enfin le logement autonome. De la même façon, nous schématisons ici l'idée d'un « escalier du non-recours au droit commun » des pratiques de recours aux soins (**Figure 32b**).

⁷⁶ Les relations conflictuelles entre personnes sans domicile et membres du corps médical constitue une des 3 raisons du non-recours identifiées par l'auteur.

⁷⁷ Benoist, « Vivre dans la rue et se soigner ».

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

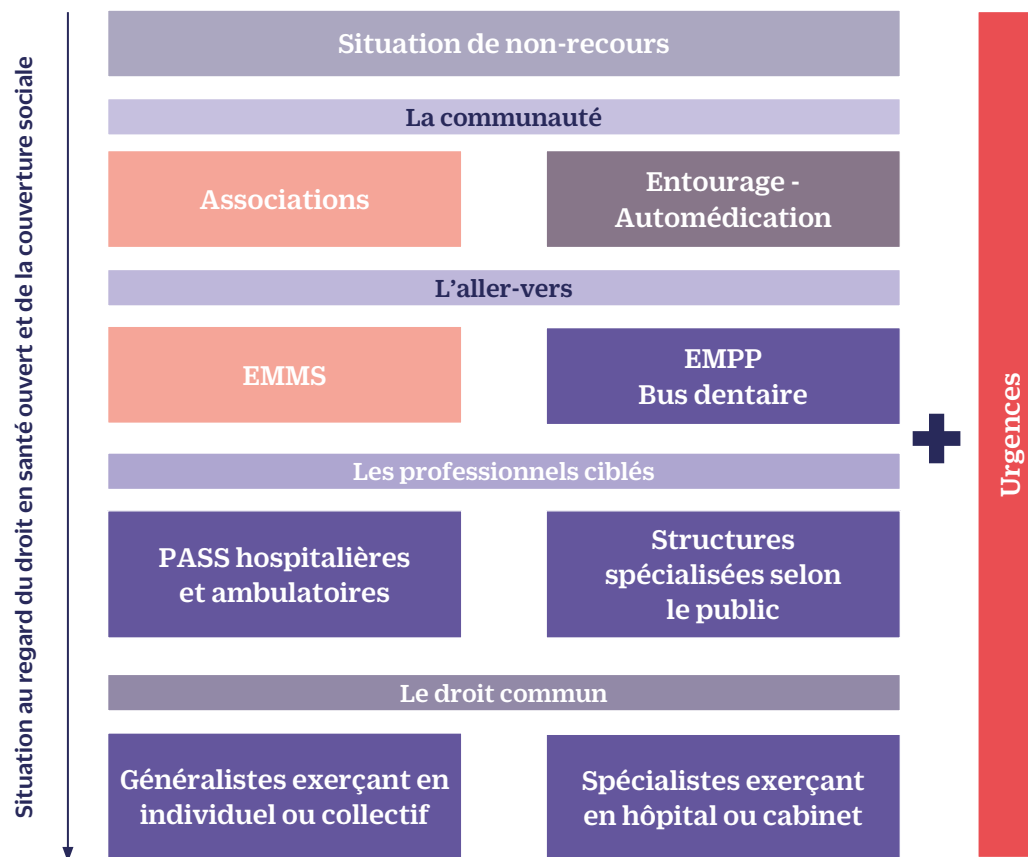


Figure 32a : Schéma de l'évolution des professionnels de santé sollicités au regard de la situation sociale de l'individu.
Réalisation : J. Bastier-Guilcher.

De façon similaire au parcours en escalier de la rue au logement, les personnes ne passent pas systématiquement par toutes ces étapes, et peuvent commencer le parcours par l'une ou l'autre des marches.

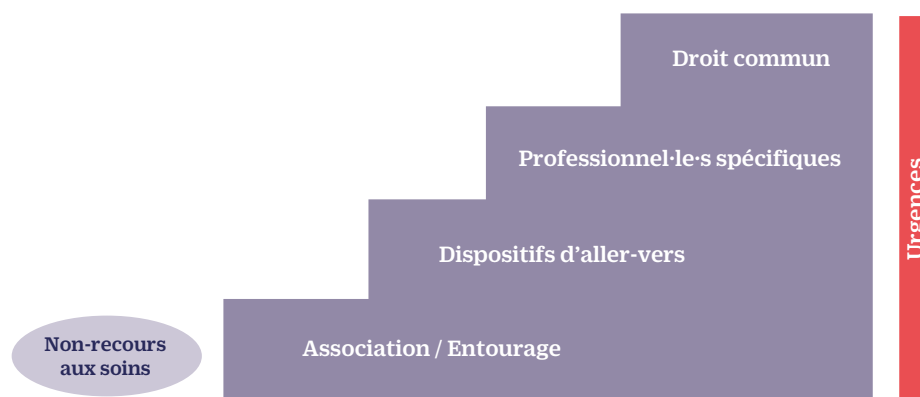


Figure 32b : « L'escalier du recours aux soins ». Réalisation : P. Mary

Différents facteurs interviennent dans cette insertion dans un parcours de soins de plus en plus stabilisé et coordonné, particulièrement la littéracie en santé, la compréhension de la langue et du système médical ou encore l'accompagnement par des professionnel-le-s du médico-social. En effet, les EMMS font office d'« accélérateur » et l'accompagnement proposé permet aux personnes de progresser sur cette échelle du non-recours. Les différentes étapes après le non-recours sont les suivantes :

- La communauté

Au-dessus de la situation du non-recours total se trouve le fait de se soigner à l'aide de sa communauté : avec l'aide son entourage ou d'associations non spécialisées, ou en ayant recours à l'automédication. Cela peut encore être considéré comme une forme de non-recours puisqu'il n'y a pas de contact avec des professionnel-le-s de santé : il s'agirait alors d'un non-recours au système de santé conventionnel et conventionné.

- L'aller-vers

La troisième marche vers le recours aux soins est celle de « l'aller-vers ». Il s'agit de soignant-e-s qui vont à la rencontre des personnes sans-domicile sur leur lieu de vie ou dans un espace qu'elles fréquentent régulièrement. Nous avons dressé une cartographie des dispositifs existants sur le territoire de la Seine-Saint-Denis dans la Partie 1, I. C) (cf. Figure 6). Ces dispositifs, incluant les EMMS, sont mis en place par le secteur associatif ou hospitalier, avec des financements publics pour la majorité. Ils permettent d'initier un contact avec la santé et d'ouvrir des droits en santé pour les personnes sans logement. Les bus dentaires et la PASS mobile (également sous forme de bus) ne sont pas directement fléchés pour les personnes sans-domicile. De fait ce sont plutôt des personnes précaires et en rupture de soins qui sont rencontrées, mais peu des personnes à la rue, en structure ou en hôtel. Une manière d'analyser cela est que ces dispositifs, bien que dans une démarche d'aller-vers, se construisent sur le schéma de permanences dans certaines villes, sur des places ou sur la voirie. Si c'est un premier pas du milieu médical vers ces patients éloignés du soin, cela demande tout de même une connaissance préalable des lieux de permanence, donc une littérature sur l'offre de soin du territoire vécu par la personne, chose souvent difficile pour le public que nous avons rencontré. De fait, les personnes interrogées pendant la période de terrain n'avaient jamais sollicité ces dispositifs ni n'en ont parlé.

Autre acteur important de cette catégorie, les EMPP, rattachées aux établissements publics en santé mentale, sont quant à elles bien implantées et connues des personnes. Il n'était pas rare qu'une personne suivie par les EMMS soit également prise en charge par une EMPP, que cela soit préexistant à l'intervention d'une EMMS ou que cela soit mis en place conjointement par les deux équipes. Toutefois, la présence d'une prise en charge par l'EMPP n'a pas souvent été rapportée par la personne elle-même. Cela peut s'expliquer par l'intervention plus ponctuelle de celle-ci, ou alors par le fait que ces équipes, si elles rencontrent bien la personne concernée, interviennent dans certains cas en soutien à l'équipe de la structure qui sait où se trouve la personne. Il s'agit alors plutôt d'un accompagnement des professionnel-le-s du social et/ou du médical dans la prise en charge d'une personne sans logement présentant des troubles psychiatriques, ce qui permet moins au patient d'identifier les membres des différentes équipes..

Enfin, l'équipe mobile de PMI est amenée à faire de l'aller-vers en bidonvilles, ouvrir des droits et s'assurer du suivi des femmes enceintes et des nourrissons/jeunes enfants. D'autres actions d'aller-vers à destination des bidonvilles ont lieu avec des associations comme Médecins du Monde avec qui des interventions sanitaires communes ont été organisées.

- Des professionnel-le-s spécifiques

L'avant-dernière marche vers la prise en charge par le droit commun en matière de santé consiste en la sollicitation et la consultation de professionnel-le-s du médical spécialisé-e-s dans l'accueil de publics précaires. Le premier dispositif à prendre en charge ces patient-e-s sont les PASS hospitalières et les PASS de villes, c'est-à-dire celles qui se trouvent dans les CMS de certaines communes (cf. Figure 6 représentant l'offre médico-sociale présente en Seine-Saint-Denis). Ces structures sont expertes et dédiées au public précaire sans droit ouvert, bien identifiées par le public, mais aussi sursollicitées. Les expériences des patient-e-s sans-domicile sont toutefois à double tranchant concernant ces PASS. D'une part, ce sont des structures qui permettent une prise en charge gratuite en l'absence de droits en santé ouverts dans

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

des délais de rendez-vous qui sont courts (moins d'une semaine) et qui donne accès à des médecins généralistes comme spécialistes. Mais, d'autre part, il ressort des entretiens qu'aller à la PASS demande une préparation et une disponibilité sur une longue période. En effet, pour avoir un « bon PASS » il faut d'abord avoir une rencontre avec le service social de la PASS pour laquelle il faut attendre, le rendez-vous pouvant durer plus ou moins longtemps, puis attendre pour le rendez-vous avec le médecin et attendre dans la même journée pour effectuer de potentiels examens. Ces modalités d'accès aux soins nécessitent toute une préparation en amont, notamment avec le ou la professionnelle qui oriente la personne vers la PASS, comme nous le montre l'extrait de carnet de terrain ci-dessous.

Extrait du carnet de terrain : Préparer la rencontre avec les médecins, un soutien crucial, Immersion auprès d'une EMSP, mai 2024.

[À la permanence d'un accueil de jour] l'infirmière de l'EMMS accueille une troisième personne. Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'année qu'elle suit déjà. Monsieur n'est pas français, n'a pas d'AME et parle peu le français, surtout l'arabe ou le kabyle. Il vient voir l'infirmière cette fois-ci car son poignet, où se trouve une grande cicatrice est encore douloureux et n'a pas retrouvé toute sa mobilité. Il peine à fermer la main et la douleur le réveille la nuit. Pendant qu'elle examine son poignet et désinfecte une plaie sur la main de l'homme. Elle lui explique qu'elle a trouvé une PASS qui propose des services de kinésithérapie et lui demande s'il est d'accord pour y aller. La PASS est dans Paris-intramuros alors que Monsieur vit dans un squat dans le 93. Il acquiesce, elle prend donc son téléphone pour prendre un rendez-vous. Elle explique la situation à la secrétaire médicale, insistant sur le caractère urgent. Elle finit par avoir un rendez-vous pour le début de la semaine prochaine, soit 8 jours après, en milieu de matinée. Elle confirme avec l'homme que l'horaire convient bien et raccroche. Elle entreprend alors d'expliquer au Monsieur qu'il faut venir très tôt, à 7h30 sur place, car l'attente puis le rendez-vous avec l'assistante sociale va être long. Qu'ensuite il faudra encore attendre pour voir le kiné. Nous regardons ensemble le trajet en bus depuis le squat où il dort, c'est un trajet de plus d'1h30, avec des changements. Il dit que de toute façon il n'a pas le choix en rigolant, elle acquiesce en insistant qu'il ne faut pas négliger le kiné sinon il pourrait ne pas retrouver à 100% ses capacités motrices. Elle lui écrit également une lettre en expliquant qu'il est suivi par l'EMMS et en détaillant les douleurs et difficultés motrices du monsieur, pour pallier tout problème de communication. Avant de terminer la consultation, elle lui dit qu'il peut l'appeler pendant le rendez-vous s'il y a un problème avec le médecin qui le verra et de donner des nouvelles quand le rendez-vous sera passé.

Cette anecdote illustre bien la préparation nécessaire afin d'être pris en charge le mieux possible, notamment en ce qui concerne la communication claire des symptômes et des problématiques de santé/sociales de la personne à un·e professionnel·le de santé. De fait, la barrière de la langue peut s'avérer particulièrement néfaste quand il s'agit d'accéder à des soins adaptés, certaines PASS n'ayant pas de services d'interprétariat. Aussi, cet extrait pose la question de comment cela se passe pour quelqu'un de non-soutenu par une personne initiée aux modalités des PASS et aux problématiques médico-sociales des personnes sans-domiciles. Les professionnelles des EMMS ont rapporté à de nombreuses reprises que les services sociaux hospitaliers, bien que compétents sur des questions de précarité, étaient mal formés sur les questions de sans-abrisme ou de droit d'asile par exemple, communiquant de mauvaises informations aux personnes. De plus, aller consulter en PASS c'est être automatiquement fléché « précaire » et donne lieu à des stigmatisations des personnes et pratiques particulières de la part des soignant·e·s.

Focus : des professionnel·le·s de santé « au rabais » ?

Paradoxe d'une médecine spécialisée dévalorisante

L'existence de structures ou soignant·e·s spécialisé·e·s pour des publics précaires témoigne de la reconnaissance d'une vulnérabilité particulière, nécessitant une attention supérieure aux patient·e·s habituel·le·s, en prenant en compte la situation sociale et les conditions de vie de la personne dans la prise en charge médicale. Cependant, en réalité, la saturation de ces dispositifs et les manquements de certain·e·s professionnel·le·s de santé conduisent paradoxalement à des expériences négatives pour les personnes sans logement, qui se sentent moins bien soignées, moins considérées, cela pouvant constituer un motif de renoncement aux soins.

« J'ai l'impression que les meilleurs médecins ici, c'est au privé. Parce que les médecins sociaux, en-

fin pour les gens comme nous qui ont l'AME, ça se passe pas très bien. » Homme seul, 46 ans, en hôtel.

Les personnes rencontrées dans le cadre des prises en charge par les EMMS expriment effectivement le ressenti d'une attention moindre, de pratiques de soins moins qualitatives à leur égard que les médecins « normaux » ou du privé. Dans la citation ci-dessus la qualification de « médecins sociaux » qui est opposée aux « meilleurs médecins » rend bien compte que les personnes sans-domicile se sentent jugées et bénéficiaires d'une médecine « au rabais », ou du moins différente de celle dont bénéficient les autres. Cela est particulièrement accentué quand la personne ne parle peu ou pas français. Il s'agit d'un point important concernant le contexte d'intervention des EMMS.

Enfin, les structures spécialisées sur une pathologie ou catégorie de patient·e·s constituent l'autre partie des lieux de recours aux soins des personnes sans logement. Par ce terme de « structures spécialisées », nous désignons ici des établissements qui ont comme projet de travailler sur l'entrecroisement entre la santé et les problématiques socio-économiques, migratoires ou liées au genre. Durant les entretiens ce sont deux lieux en particulier qui ressortent dans ce maillage d'établissement spécialistes. Il s'agit d'un côté du Centre Médico-Psychologique Françoise Minkowska, situé dans le vingtième arrondissement de Paris, où la psychiatrie est envisagée selon une position transculturelle afin de recevoir au mieux des patient·e·s qui ont eu un parcours de migration ou d'exil et de traiter les pathologies psychiatriques et troubles psychologiques particuliers à ces vécus. En plus de ne pas demander d'avance de frais à ses patient·e·s, le centre propose systématiquement un accueil dans une langue parlée de la personne soit par un personnel parlant la langue natale soit par un interprète, permettant donc un soin des personnes non francophone. D'un autre côté, cette fois-ci en Seine-Saint-Denis, la Maison des femmes de Saint-Denis propose un accompagnement médical et social de femmes victimes de violences, notamment sur la question des mutilations génitales. Pour les femmes sans-domicile de Seine-Saint-Denis, elle est donc une orientation évidente de la part des professionnel·le·s du médico-social. De fait, être sans-domicile en tant que femme expose fortement aux violences sexuelles ou conjugales et le fait d'avoir subi des violences sexuelles (mutilations dans l'enfance, violences intrafamiliales ou sur le parcours de migration, etc.) est souvent une cause de rupture résidentielle⁷⁸. Ce centre propose une prise en charge totale, et non uniquement psychiatrique ou psychologique des patientes.

⁷⁸ Evren, Phinera-Horth, Richard et Rossignol « Femmes sans abri, la face cachée de la rue »

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

- Les professionnel·le·s du droit commun

Enfin la dernière échelle de cette gradation dans le recours au soin est le « droit commun ». Concernant la médecine de ville, cela renvoie à un recours aux soins en cabinet individuel, collectif, en CMS ou maison de santé, avec un suivi par un médecin traitant. Pour la médecine hospitalière, il s'agit aussi d'un recours aux soins stabilisé avec une fréquentation des urgences qui redevient exceptionnelle. Cet ancrage dans le droit commun s'accompagne idéalement d'une littératie en santé acquise et d'une autonomie dans la prise de rendez-vous.

Ainsi, la question de sollicitation des professionnel·le·s de santé quand on est une personne sans logement se pose par rapport aux différentes marches de « l'escalier du recours aux professionnel·le·s de santé », qui va du renoncement total à tous types de soins jusqu'au droit commun, en passant par différentes étapes qui consistent à solliciter des soignant·e·s spécifiques. Le passage par chaque étape n'est pas indispensable, mais l'objectif souhaitable est l'arrivée dans une prise en charge de droit commun, évitant ainsi l'instauration d'un parcours parallèle de prise en charge spécialisé pour les personnes précaires. Une des missions des EMMS consiste à fluidifier et à accompagner les personnes dans la progression de cet « escalier » du recours aux soins.

B - De Montreuil à Tremblay : se déplacer pour se soigner

Nous avons abordé le recours aux soins par le prisme des professionnel·le·s sollicité·e·s – quand il y en a – et nous interrogeons à présent le recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS en termes de pratique du territoire. En effet, en lien avec un lieu de vie instable, il est compliqué d'avoir des suivis stabilisés d'une part et situés à l'endroit le plus pertinent possible (minimisant les déplacements) d'autre part. Circuler en Île-de-France présente effectivement de nombreuses difficultés risquant de mettre à mal le recours aux soins lorsque se conjuguent difficultés financières et un état de santé dégradé.

• Cartographier le recours aux soins

Les figures suivantes présentent les dynamiques et tendances concernant le recours au soin des personnes sans-logement rencontrées et leur évolution au fil du temps. Les cartographies sont réalisées à partir des entretiens effectués avec les personnes et d'un recoupement avec des données disponibles sur le logiciel Ariane. Les 3 exemples choisis montrent 3 situations illustrant des cas particuliers et donnant à voir la variété des trajectoires observées sur le terrain, du cas idéal-typique de la stabilisation de pratiques territoriales de soins vers la configuration de droit commun à l'éclatement et la multiplication des déplacements d'une famille en passant par l'analyse d'un moment de rupture qui conduit à l'alternance de pratiques stabilisées et dispersées.

Cas n°1 : Tendre vers une configuration similaire à la population de droit commun, une dynamique de recours aux soins qui ne va pas de soi (Monsieur A.)

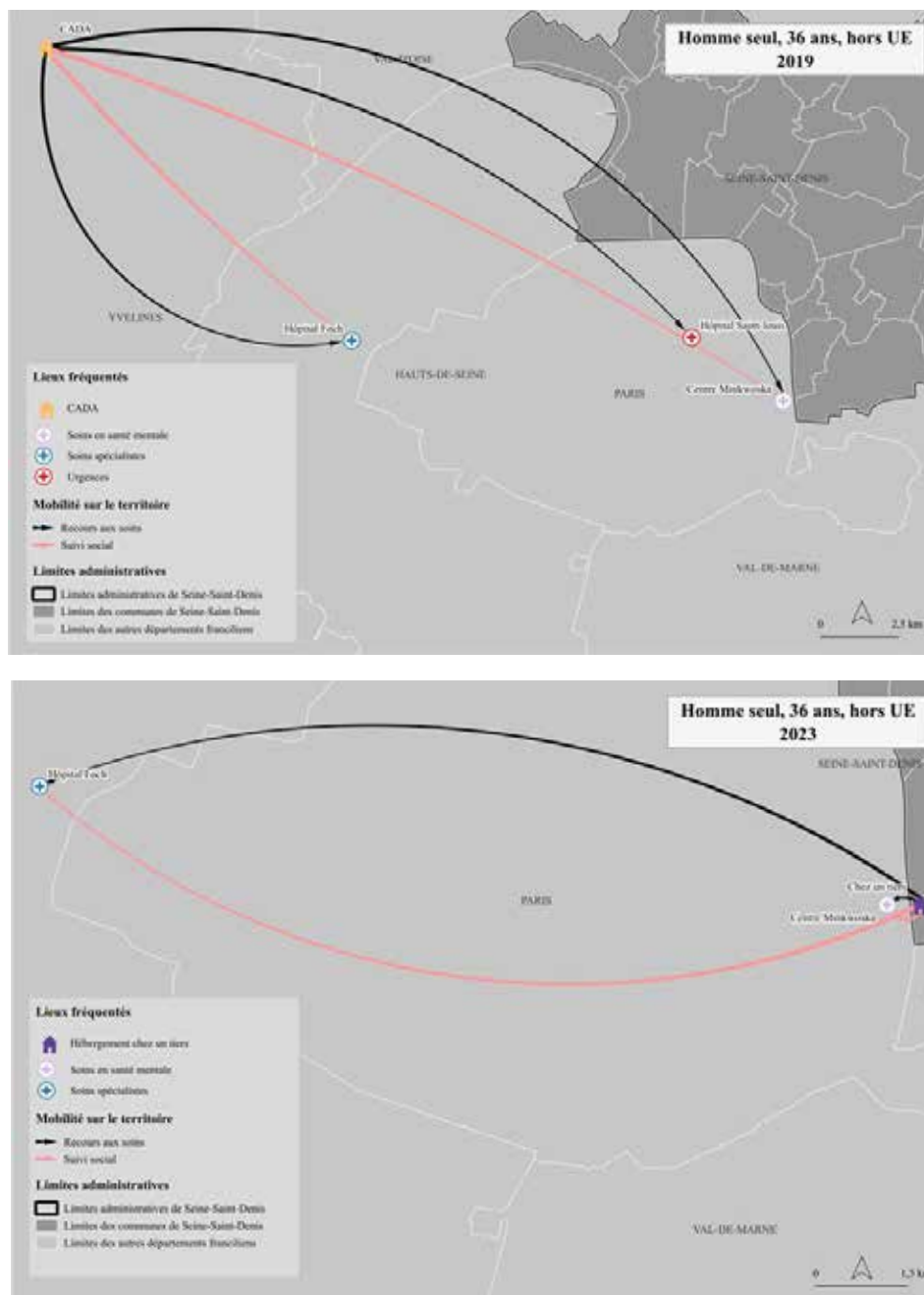


Figure 33 : Mobilité sur le territoire – cas n°1. Réalisation ; J. Bastier-Guilcher.

Ce premier cas de figure présente, à son étape finale en 2024, une dynamique similaire aux pratiques spatiales d'un individu « normal »⁷⁹, c'est-à-dire une prise en charge par un médecin généraliste au plus près du lieu de résidence, et un suivi par un spécialiste, suivant la spécialité recherchée, à une plus grande distance, parfois en changeant de département. Cependant cette configuration n'est pas évidente pour

⁷⁹ On entend par « normal » l'idée d'être dans la norme, d'avoir des pratiques en termes de recours aux soins et de spatialité qui correspondent à la majorité des personnes résidant en France et à l'objectif de parcours de soin coordonné défini par les politiques publiques.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

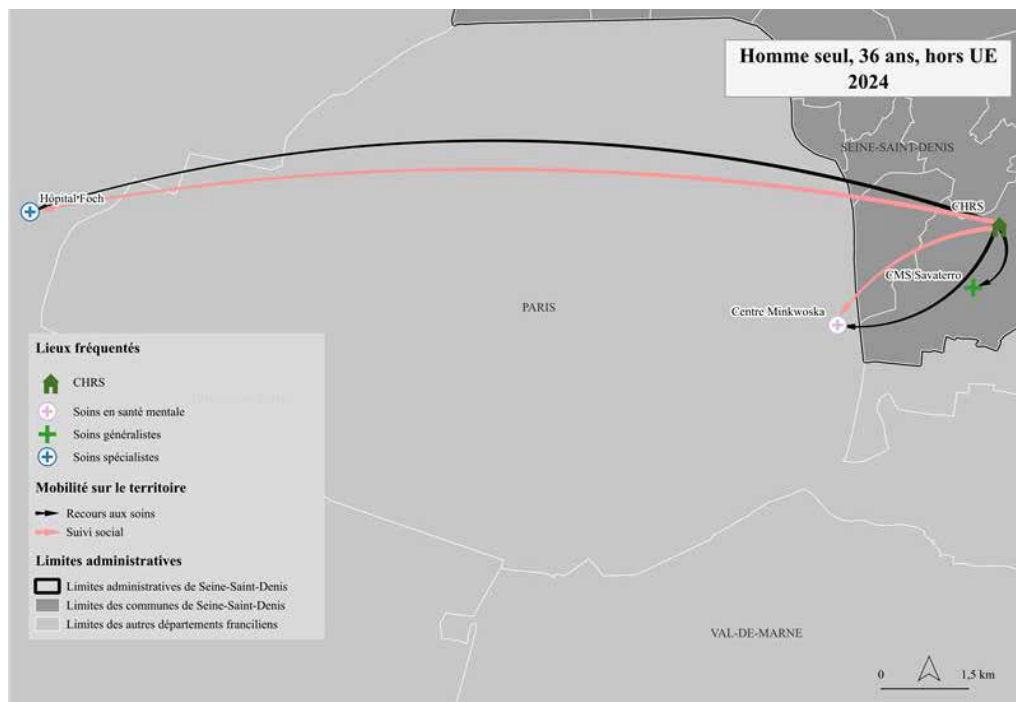


Figure 33 : Mobilité sur le territoire – cas n°1. Réalisation; J. Bastier-Guilcher.

la personne suivie et résulte d'un travail sur le long terme de la part des professionnel-le-s, notamment des EMMS, qui ont suivi la personne.

Si l'on se penche sur un angle plus qualitatif de ces pratiques de soins, l'absence de médecin traitant apparaît dans le parcours de cet homme : la charge de la coordination repose sur le spécialiste et sur l'offre de soin hospitalière alors même que les droits nécessaires sont ouverts pour requérir un médecin traitant et que l'état de santé nécessite une coordination. Cette absence de référent pour le parcours de soin coordonné s'explique en partie par l'absence de suivi social stabilisé. La carte montre bien ici qu'il y a une double sollicitation, un double suivi avec un manque de communication voire une non-connaissance des autres acteurs participant au suivi de la personne. La multiplication des suivis entraîne une perte de la cohérence du parcours et une moindre qualité de la prise en charge de la personne. Ainsi cet individu se retrouve avec des procédures administratives différentes entamées par des professionnel-le-s de structures différentes.

En plus d'amener un affaiblissement de la pertinence du suivi, l'augmentation des recours participe à la hausse de la charge mentale et organisationnelle de l'individu malade concernant son parcours de soin et ses démarches administratives. En résulte alors une confusion pour l'individu, mais aussi pour tout-e professionnel-le de santé, du social ou du médico-social qui ferait son entrée dans le suivi de la personne. C'est dans ce cadre qu'est intervenue l'EMMS afin de simplifier les suivis et les recentrer autour d'un médecin traitant.

De fait, ce premier cas d'étude (*cf. Figure 33*) nous présente un idéal potentiel de parcours vers lequel

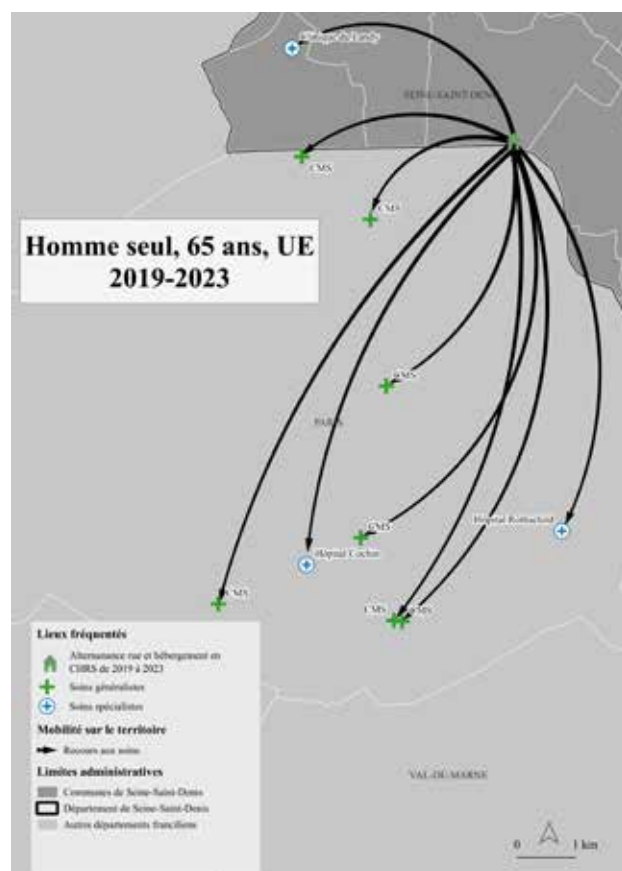
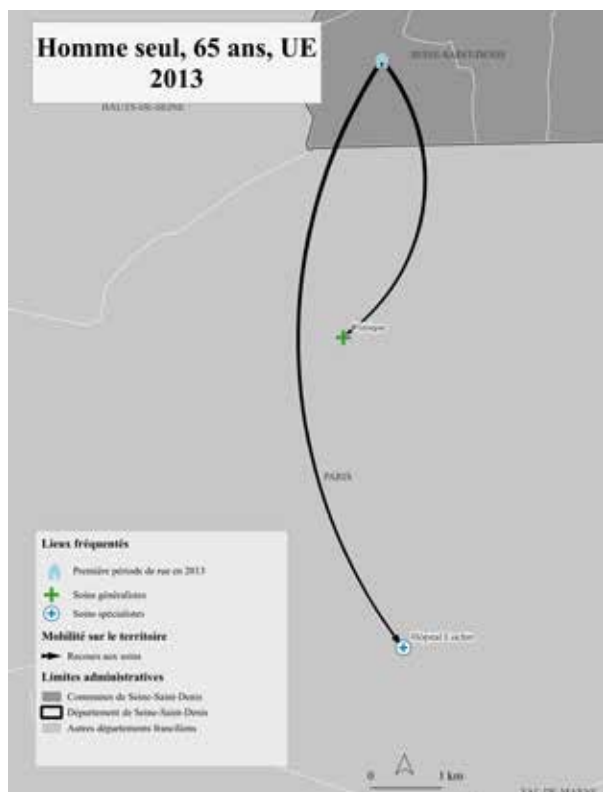
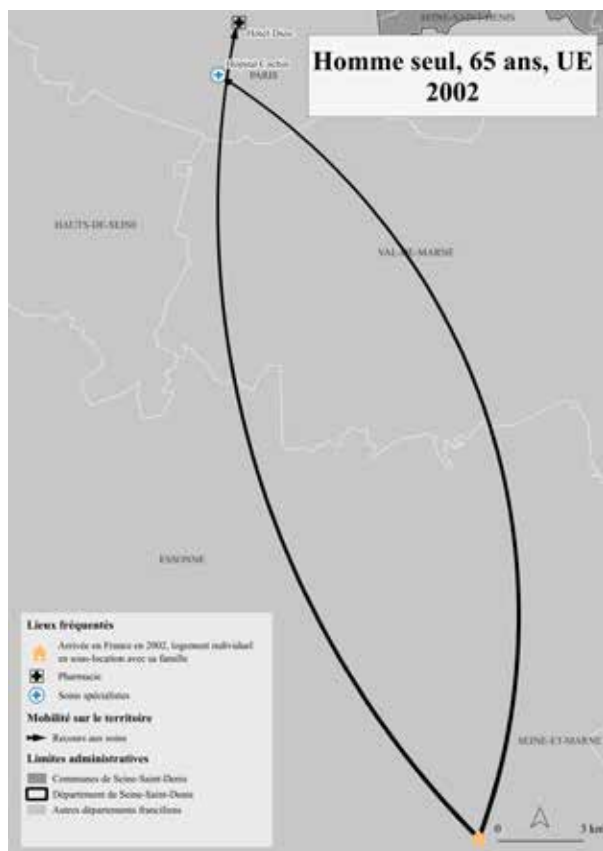


Figure 34 : Mobilité sur le territoire – cas n°2, 1^{ère} partie. Réalisation : J. Bastier—Guilcher.
SOURCE : ENTRETIEN AVRIL 2024, ARIANE SANTÉ, ADMIN-EXPRESS, IGN, FÉVRIER 2024

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

tendre, tout en mettant en exergue que ce regroupement des pratiques autour de la figure d'un-e médecin coordinateur-ice est d'autant plus compliquée quand il y a une multiplication des suivis sociaux. Comme évoqué dans la Partie 2 III. A), certain-e-s professionnel-le-s en charge du social dans le parcours de ces personnes n'investissent pas ou peu le champ du médical, au détriment des parcours des personnes accompagnées. Toutefois cette situation reste peu complexe sur le plan de la pratique territoriale (les flux sont relativement limités), car la situation sanitaire demeure stable du fait de l'absence de rupture particulière telles que l'apparition de nouvelles pathologies, hospitalisation en urgence, accidents.

Cas n°2 : Les périodes de rupture de soin du parcours : alternance de recours aux soins stabilisés et dispersés (Monsieur K.)

Ce deuxième type de pratique, représentée sur la Figure 34, est lui représentatif du recours aux soins à la suite d'un événement de rupture.

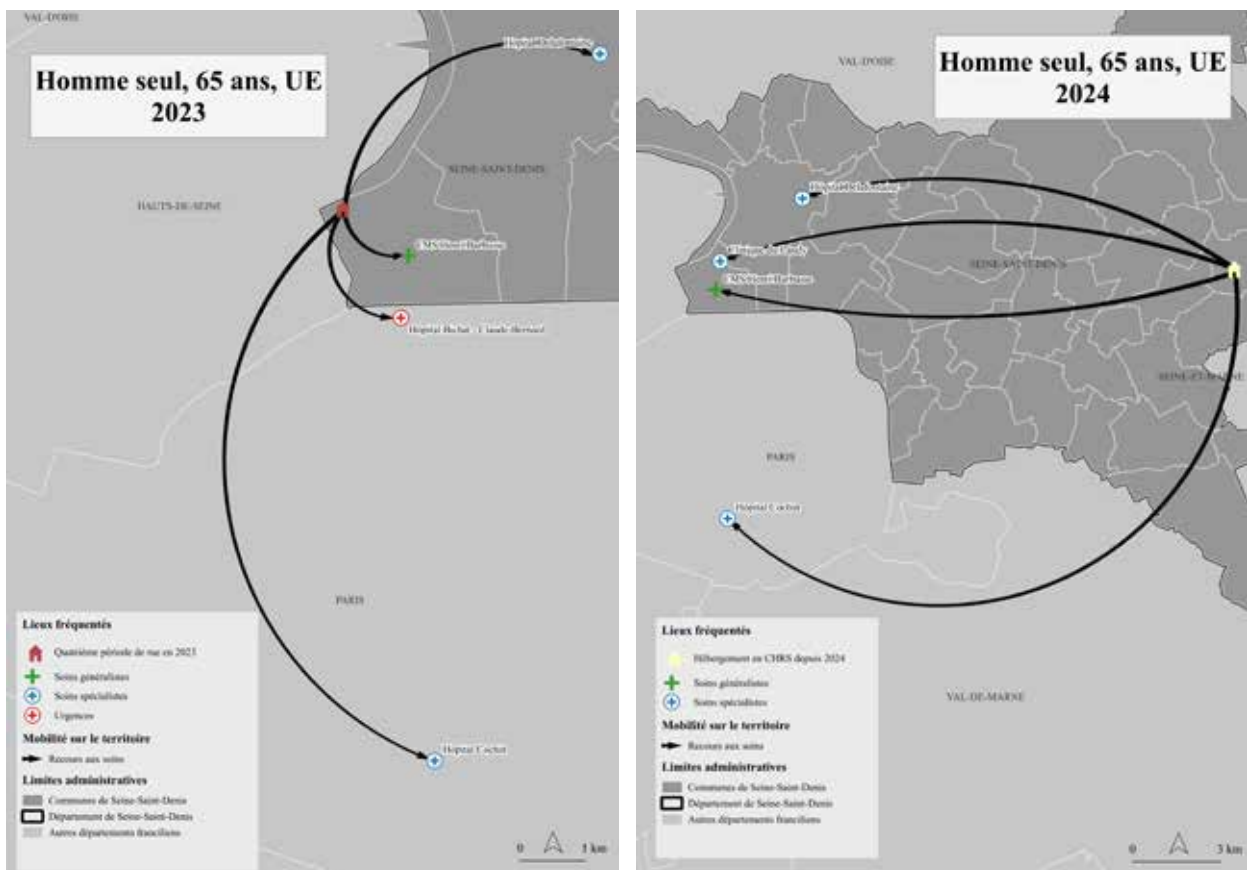


Figure 35 : Mobilité sur le territoire – cas n°2, 2e partie. Réalisation : Julie Bastier-Guilcher.

SOURCE : ENTRETIEN AVRIL 2024, ARIANE SANTÉ, ADMIN-EXPRESS, IGN, FÉVRIER 2024.

Cette planche cartographique présente sur le temps long la discontinuité des pratiques territoriales de soin de Monsieur K., en particulier lors d'une période d'errance et de rupture.

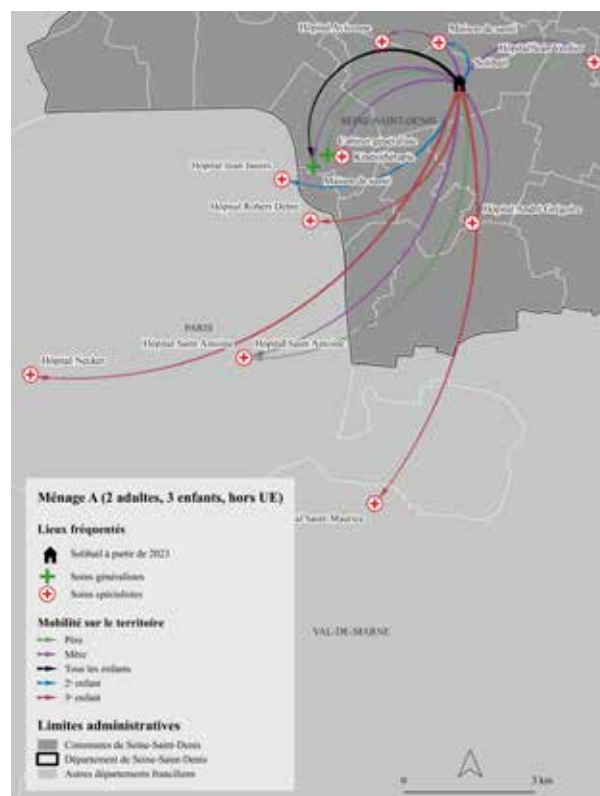
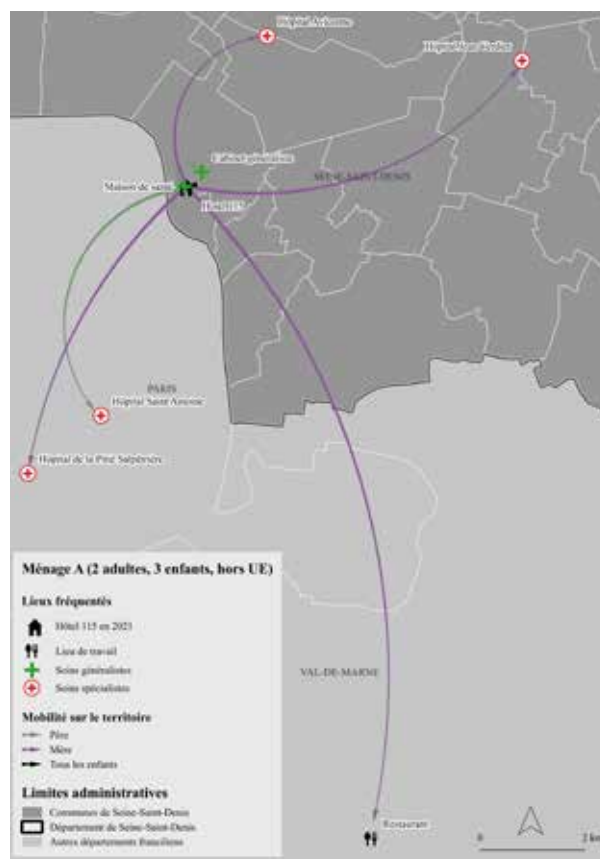
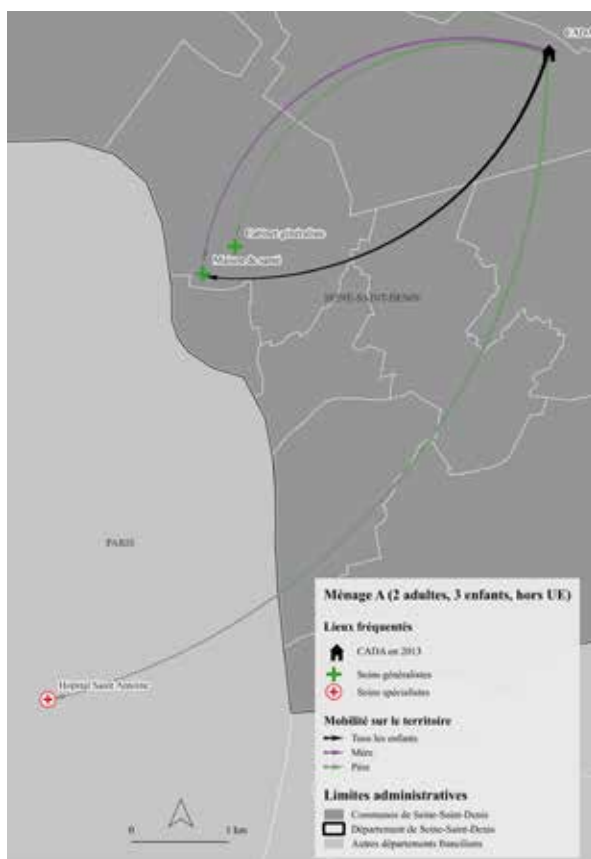


Figure 36 : Mobilité sur le territoire - cas n°3. Réalisation: Julie Bastier-Guilcher.

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

Durant deux périodes, pourtant différentes du point de vue du statut résidentiel (dix ans en logement autonome et quatre en situation de rue et d'hébergement d'urgence) l'ancrage sanitaire avec un recours spécialiste et généraliste dans la ville de Paris reste stable.

La troisième période, qui s'étend sur cinq ans montre quant à elle une pratique du territoire discontinue et fractionnée. Cela s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs dont l'absence d'une situation résidentielle stable, des menaces et agressions à répétition de la part d'autres résidents d'un centre d'hébergement d'urgence et des besoins en santé particulièrement présents du fait de cet environnement agressif et de plusieurs blessures de gravité modérée à sévère.

Paradoxalement, c'est le retour en rue uniquement (cf. **Figure 35, gauche**), avec l'éloignement des menaces, qui permet une stabilisation du recours au soin, un retour à la normale. Toutefois cet énième retour marque également une intensification du besoin en santé, avec un état de santé qui ne fait que se dégrader, notamment du fait de l'âge de cet homme et de ses pathologies chroniques, incompatibles avec la situation de rue. Le réancrage effectué auprès de structures de santé et la reconstruction d'un suivi stabilisé élaboré et soutenu par une EMMS, à ce moment-là au plus près du lieu de vie en rue de la personne, apparaît d'autant plus fort qu'il est maintenu sur la durée. Le changement de lieu de vie, avec l'admission en structure après l'intervention de l'EMMS, ne signe pas ici la rechute de la stabilité des pratiques territoriales, mais marque au contraire une continuité (cf. **Figure 35, droite**) contrairement à l'admission qui avait eu lieu plusieurs années auparavant. Celle-ci s'explique en grande partie par la qualité du lien créé auprès des professionnel-le-s de santé et du social qui ont été sollicité-e-s à l'ouest du département. Notons néanmoins que ce changement de lieu de vie allonge considérablement les distances à parcourir pour se rendre dans les lieux de suivi.

Cas n°3 : Les situations complexes : l'agitation sur le territoire et la superposition des flux (la famille B.)

Les cas d'études précédents présentent une configuration des pratiques pour des individus seuls, et sont applicables à des individus avec un seul enfant. Se pose alors la question de ce qu'il en est lorsqu'un ménage, composé de plusieurs individus avec des besoins en santé modérés à élevés, sollicite des professionnel-le-s de santé.

La planche cartographique ci-dessus (cf. **Figure 36**), rend compte des flux d'un ménage composé de deux adultes et de trois enfants, la famille B., sur le territoire francilien, et de la complexification de ceux-ci au fil du temps. La pratique spatiale devient pluridimensionnelle à mesure que les membres du ménage déclarent des pathologies. Ces cartes montrent une juxtaposition et un enchevêtrement des flux, ici à une échelle temporelle globale sur un an, mais qui pourrait être encore plus évidente si l'on zoomait sur une semaine. La mère est la plus à même de pouvoir se charger de la gestion des soins de toute la famille : elle n'a pas de problème de mobilité et maîtrise relativement mieux le français. Elle raconte par exemple l'année 2022 lors de laquelle il fallait composer avec les rendez-vous médicaux hebdomadaires de son mari qui présente un handicap moteur et nécessitait un accompagnement, les rendez-vous pour sa fille mineure qui avaient lieu tous les deux jours dans un hôpital parisien, et son propre suivi médical pour une maladie chronique. C'est donc elle qui se déplace le plus dans la famille. Cette superposition à l'échelle d'une semaine de divers impératifs médicaux additionnée à l'éclatement des recours sur une grande partie du territoire francilien amène alors à une confusion et un sentiment de « trop plein ». De plus, les recours aux soins sont rendus plus difficiles par une littératie en santé en français limitée.

C'est dans ce cadre-là qu'est intervenue l'EMMS. Il ne s'agit pas de créer la coordination de soins de toute pièce, mais d'accompagner et de seconder la mère afin de mettre au clair les différentes temporalités médicales qui sont en cours dans la famille. Le besoin du ménage se situe aussi dans le fait d'assurer une prise en charge pertinente et adaptée en assistant au rendez-vous, en clarifiant les demandes du ménage et celles des professionnel-le-s de santé, ceux-ci n'étant pas forcément habitué-e-s au suivi d'un ménage précaire et non francophone.

Ainsi, les trois cas présentés nous donnent à voir des pratiques spatiales variées en termes de recours aux soins :

- la stabilisation des pratiques spatiales avec un suivi généraliste près du lieu de vie et un suivi spécialiste un peu plus éloigné. L'EMMS a permis de mettre fin aux doubles suivis (médicaux et sociaux) et de redonner au médecin traitant son rôle de coordinateur ;
- un recours aux soins instable et dispersé suite à un événement de rupture résidentiel et relationnel, suivi d'un retour durable à la stabilité des suivis grâce à l'intervention d'une EMMS ;
- la superposition des flux et le très grand nombre de déplacements des membres d'un ménage avec différentes problématiques de santé. L'EMMS a favorisé dans ce cas l'amélioration de la littératie en santé, l'accompagnement de la mère de famille dans la gestion des rendez-vous, la fluidité avec les soignant-e-s.

Ces exemples donnent à voir la transposition des problématiques de recours aux soins dans l'espace, et comment ces dernières peuvent impliquer un grand nombre de déplacements à travers plusieurs départements. Un des objectifs des EMMS consiste à réduire au maximum les distances à parcourir pour le confort des personnes d'une part, et pour limiter le renoncement aux soins liés aux distances trop importantes d'autre part.

• *Éprouver la mobilité pour se soigner*

Il ressort des parcours présentés précédemment qu'il est indispensable de se déplacer pour se soigner. Comment est vécue cette expérience des déplacements par les personnes accompagnées par les EMMS, dans un contexte d'instabilité du lieu de vie et de mobilité entravée (par des blocages financiers, physiques, de compréhension...) ?

« Si on me donne un rendez-vous je vais quand même forcer pour essayer de l'avoir. Par exemple même si j'ai mal je vais forcer pour partir là-bas, je me dis ça, c'est obligé. Après quand je viens ici [le retour depuis l'hôpital] ils vont faire un taxi pour moi » **Homme de 36 ans en CHRS.**

Cet homme à mobilité réduite a dû parfois renoncer à se rendre à des rendez-vous médicaux, car ses douleurs étaient trop fortes. Il insiste cependant pour souligner que c'est de l'ordre de l'exception pour lui, qu'il « se force », car la question de la santé est trop importante et qu'il investit énormément sa prise en charge. Pour pallier ses difficultés de mobilité, il a mis en place avec ses soignants une prise en charge en ambulance afin d'assurer ses venues aux rendez-vous et le retour au CHRS dans un cadre sécurisé et le plus confortable possible. Toutefois, mettre en place de tels dispositifs pour alléger la charge de déplacement implique dans un premier temps d'avoir un suivi et une prise en charge sur le long terme par des soignants.

Les problèmes de santé et les douleurs compliquent fortement les déplacements des personnes concernées, dans un contexte où l'hypermobilité est fortement répandue pour se rendre dans les différents lieux d'aide. La mobilité forcée, sur de longues distances, avec des transports en communs franciliens très peu adaptés aux mobilités réduites et facteurs de fatigabilité accrue, crée et/ou renforce des situations sanitaires complexes et douloureuses.

« L'infirmière m'avait dit de revenir la voir, mais à cause des douleurs j'ai pas pu. » **Homme de 33 ans mis à l'abri en hôtel social.**

Partie 3 Parcours et recours aux soins des personnes accompagnées par les EMMS

« Je suis pas à l'aise, je dors mal, car la nuit la douleur [dans les membres inférieurs] me réveille. Même parfois, quand je marche je suis obligée de rester quelque part pour attendre que ça se calme » **Femme de 62 ans en hôtel 115.**

Outre les douleurs physiques liées à la maladie ou au handicap, les personnes accompagnées par les EMMS sont mises en difficulté par le prix des transports et la nécessité de savoir se repérer, d'autant plus compliquée avec la barrière de la langue.

« Ça peut être compliqué [de se déplacer] parce que déjà, la plupart n'ont pas de ressources donc elles ne peuvent pas payer leur pass Navigo. Même s'il y en a quand même beaucoup, je dirais plus de 80 %, qui ont une AME ou la CSS donc elles ont des réductions. Mais y a toujours un problème de ressources. Là, avec les Jeux olympiques, y a la police partout, c'est impressionnant, c'est dissuasif. Et encore il y a encore plus de contrôles aussi dans les transports donc si tu as pas de ticket, tu prends le risque de te faire arrêter, d'avoir une amende. Si tu payes pas ton amende, t'as des dettes qui s'accumulent, enfin c'est compliqué. Et il faut aussi savoir se repérer ! Parce qu'il y en a quand même beaucoup qui ne savent ni lire ni écrire. » **-Travailleuse sociale, EMMS.**

« Je demandais aux gens car moi, je sais pas lire, et j'ai des problèmes psychiatriques aussi. » [pour faire le trajet Sarcelles – Hôpital Delafontaine] - **Femme de 45 ans en appartement.**

De plus, la distance peut être accrue par le souhait de se rendre dans un lieu de soin connu, rassurant ou vers lequel un-e professionnel-le de confiance a orienté :

« Moi, je connais rien, je suis seul, moi je préfère rester à l'hôpital parce que là, ils vont accepter. Même si c'est un peu loin, j'ai dit moi je préfère là-bas parce que je connais l'hôpital Foch et eux aussi, ils me connaissent. » **-Homme de 36 ans en CHRS.**

« [Pour aller voir le médecin au CMS], j'ai pris un RER puis un métro. Oui c'est dur parce que c'est loin. J'ai pas essayé de consulter plus proche car comme je suis suivi par Malika, je me rends là où elle me dit de me rendre. » **-Homme seul 28 ans hébergé chez un tiers.**

En effet, comme évoqué dans la Partie 2, II. C), les professionnelles des EMMS ont tendance à orienter vers des lieux de soins « de confiance », où elles savent que les personnes seront bien reçues. Ou encore, comme nous le développerons dans la Partie 4 I. A), le lien créé avec les soignant-e-s d'un lieu donné peut être si fort que la personne souhaite continuer d'y aller, même si la distance est très grande ou qu'elle n'appartient plus au public cible (après l'ouverture de droits en santé par exemple). Selon les stratégies mises en place par les personnes ou professionnelles en termes de priorité, les distances à parcourir peuvent se voir allongées pour les personnes.

Ainsi, la tendance qui se dégage des entretiens est la suivante : les difficultés à se mouvoir en Seine-Saint-Denis sont importantes pour les personnes accompagnées par les EMMS, mais malgré ces dernières, à partir du moment où la personne n'est pas totalement immobilisée ou en situation de non-recours aux soins, les déplacements pour se rendre aux lieux de soins ne sont pas remis en question et les personnes s'en accommodent.

Conclusion de la Partie 3

Au terme de cette troisième partie, le cadre dans lequel opèrent les EMMS se précise grâce à l'éclairage effectué sur les parcours et recours aux soins des personnes qu'elles accompagnent. D'abord, l'état de santé des personnes sans logement est plus mauvais que la population générale, que ce soit sur le plan somatique ou psychique, et leurs conditions de vie déclenchent et/ou aggravent les problématiques de santé auxquelles elles sont confrontées. En effet, les parcours de vie, notamment la dimension résidentielle, sont corrélés aux parcours de soins, à la stabilité et à l'intensité du recours aux soins. Les personnes qu'accompagnent les EMMS recourent aux soins de différentes façons, notamment en sollicitant des professionnel·le·s de santé spécifiques, donnant ainsi forme à une gradation du recours aux soins qui irait du non-recours au droit commun : un « escalier du recours aux soins ». La dimension spatiale du recours aux soins 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.

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

Nous avons montré que les EMMS sont en interaction permanente avec les écosystèmes médicaux et sociaux de Seine-Saint-Denis, notamment par leur régulation. Nous avons de plus étudié la complexité du rapport aux soins, aux soignant·e·s des personnes accompagnées par les équipes. Les parcours de soins ainsi que les trajectoires résidentielles que nous avons détaillées permettent notamment d'éclairer les enjeux auxquels les travailleuses des équipes mobiles sont confrontées. Cette dernière partie consistera davantage en une évaluation du déploiement des équipes mobiles sur le département de la Seine-Saint-Denis. Nous porterons notre attention sur le fonctionnement préalablement détaillé de ces équipes, sur la valeur ajoutée de ce dispositif pour les personnes accompagnées, les points positifs et améliorables soulevés aussi bien par les accompagnantes que les accompagné·e·s et enfin nous reviendrons sur les limites de la mise en œuvre des missions des EMMS.

I. Regards croisés sur l'efficacité d'un dispositif

Dans l'ensemble, il ressort du terrain de l'étude une grande satisfaction des différentes parties prenantes. Nous rendrons compte ici des points de vue des personnes accompagnées, en plaçant le lien créé avec ces dernières au cœur de l'apport des EMMS, puis de celui des partenaires, avec un focus sur ceux ayant sollicité les équipes, et enfin le point de vue réflexif des professionnelles des EMMS sur leur propre activité. Nous expliquerons ensuite une partie des apports des EMMS en objectivant les aspects novateurs du dispositif.

Focus : les objectifs des EMMS définis par l'ARS -

Extrait du document de cadrage des Équipes mobiles médico-sociales Ségur 27

- L'équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun ;
- le recours à la prévention et aux soins, ainsi que le non-renoncement aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités et facteurs de vulnérabilité de ces publics ;
- L'articulation des secteurs du sanitaire, du social et du médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées. [...]

Il s'agit notamment de proposer un accompagnement temporaire et global, médical, psychologique et social, permettant l'accès et le maintien des soins et d'assurer un relais vers le droit commun.

A - Un dispositif adéquat pour les accompagnés, mesurer la satisfaction des premiers concernés

Les objectifs des EMMS définis par l'ARS, rappelés ci-dessus, se concrétisent différemment selon le type d'EMMS : cela se focalise principalement par la délivrance de soins pour les ESSIP, sur le suivi de la grossesse et du nourrisson pour l'équipe LHSS mobile Ovale spécialisée périnatalité, sur l'éducation thérapeutique pour les ACT hors les murs et sur l'amélioration de la capacité d'agir sur le parcours de soins pour les EMSP. Malgré ces spécificités, un point commun se dégage nettement des entretiens avec les personnes accompagnées : l'importance de la relation avec les professionnelles des EMMS. Il s'agit effectivement ici

d'objectiver l'impact de l'intervention d'une EMMS sur les personnes et de montrer comment le lien se situe au cœur de l'accompagnement. Nous verrons comment ce lien tissé au fil de l'accompagnement constitue d'une part une réelle plus-value, mais complique aussi la fin de la prise en charge.

• Objectivation des effets et des bienfaits des EMMS pour les personnes accompagnées

Le questionnaire du cycle de suivi, présenté dans la méthodologie en introduction, nous permet d'objectiver des changements opérés entre l'« avant » et l'« après » par rapport à l'intervention des équipes. L'échantillon des personnes recontactées est plus réduit qu'anticipé pour les raisons évoquées en introduction et spécifiques au public étudié (perte ou vol de téléphone, départ du territoire français, instabilité psychologique). Cette analyse n'a donc pas vocation à être représentative de toutes les personnes accompagnées par les EMMS, mais permet de mettre en lumière les effets de l'accompagnement effectué sur certains individus. La Figure 37 présente les principaux résultats concernant les 69 personnes interrogées lors de la première rencontre avec une EMMS, avant toute démarche de sa part. Moins de la moitié avaient vu un médecin ou professionnel·le de santé dans les 3 derniers mois, et 57 % n'avaient pas vu de spécialiste dans les 6 derniers mois alors qu'ils en avaient besoin. En effet, 59% déclarent qu'il leur arrive de renoncer à des soins (détail des facteurs Partie 3, II. A). De plus, 67 % ont déjà des droits en santé ouverts (avec une répartition égale entre AME et régime général) et 43 % déclarent bénéficier d'un suivi social, régulier ou irrégulier.

52 %	déclarent un état de santé «moyen»	
35 %	déclarent un état de santé «mauvais» ou «très mauvais»	
46 %	ont vu un médecin dans les 3 derniers mois	
		<i>41 % de ceux qui ont vu un médecin l'ont vu aux urgences ou dans une PASS</i>
26 %	ont vu un médecin spécialiste dans les 6 derniers mois (avec un.e psychiatre en première position)	
57 %	n'ont pas vu de médecin spécialiste dans les 6 derniers mois et en avaient besoin	
35 %	ont un rendez-vous médical programmé	
		<i>42 % de ceux qui ont un rendez-vous programmé l'ont pris eux-mêmes</i>
29 %	ont un médecin traitant	
48 %	sont à jour dans leurs vaccins	
59 %	sont en situation de non-recours aux soins	
45 %	ont un traitement de long terme	
		<i>90 % de ce sous-ensemble arrivent à le prendre</i>
		<i>13 % ont des difficultés à se le procurer</i>
		<i>13 % ont des difficultés à y penser</i>
		<i>32 % ont des difficultés à le stocker</i>
		<i>26 % ont eu des difficultés à comprendre l'explication sur la prise</i>
		<i>13 % ont des difficultés à en comprendre l'utilité</i>
67 %	ont des droits en santé ouverts	
		<i>49 % de ce sous ensemble ont l'AME</i>
		<i>49 % bénéficient du régime général</i>
43 %	ont un suivi social	
23 %	ont un suivi social régulier	<i>(avec un rdv dans les 3 mois précédents et un prévu dans les 3 mois suivants)</i>

Figure 37 : Principaux résultats de la passation 1 du cycle de suivi.

SOURCE : QUESTIONNAIRES DU CYCLE DE SUIVI RENSEIGNÉS LORS DE LA PREMIÈRE RENCONTRE (N=69).

Les mêmes questions ont été posées aux personnes dont l'accompagnement par l'EMMS était terminé et qui ont été recontactées entre juin 2024 et janvier 2025. Finalement, nous obtenons un ensemble de 18 individus pour qui il est possible de comparer un « avant » et un « après » l'intervention de l'EMMS. Le lien de causalité entre les divers changements d'état et l'intervention ne sont pas étudié statistiquement, nous analysons ici qualitativement les données quantitatives disponibles afin de vérifier l'hypothèse d'un effet positif des EMMS sur plusieurs indicateurs. Par ailleurs, le fait que certains changements étaient dus à l'accompagnement de l'EMMS a été explicité oralement par plusieurs personnes interrogées.

D'abord, notons qu'aucune situation « extrême » n'est observée : ni une absence totale d'impact de l'EMMS ni une efficacité parfaite. Autrement dit, il n'y a pas d'individu dont la situation resterait parfaitement identique ni d'individu dont toutes les réponses iraient dans le sens de l'amélioration (hausse du recours aux soins, de l'autonomie, ouverture des droits en santé, nouveau suivi social, etc.). À l'inverse, deux typologies d'évolutions plus nuancées se dégagent de l'analyse des données : « des améliorations multiples » et « une réponse à un besoin spécifique ». Peu importe la typologie, il ressort que l'intervention d'une EMMS a un impact positif sur au moins un des indicateurs.

Des améliorations multiples » (8 personnes)

8 personnes interrogées voient leur situation s'améliorer après l'accompagnement des EMMS sur au moins deux dimensions parmi celles qui se dégagent du questionnaire : le recours aux soins, l'observance du traitement, ou sur le plan administratif. La Figure 38 montre l'exemple d'une personne qui expérimente plusieurs améliorations sur différents plans. En effet, elle passe d'une situation d'absence de soins à une amélioration du recours aux soins sur le plan généraliste et spécialiste après l'intervention de l'EMMS, et bénéficie d'une ouverture de ses droits en santé (AME) tandis que le suivi social se maintient dans le temps. De plus, l'état de santé perçu s'est amélioré.

	P1	P2
<i>État de santé perçu</i>	Moyen	Bon
<i>Rdv passé avec un médecin généraliste dans les 3 mois précédents</i>	Non, en avait besoin	Oui
<i>Rdv passé avec un médecin spécialiste dans les 6 mois précédents</i>	Non, en avait besoin	Oui
<i>Rdv programmé dans le futur</i>	Non	Oui
<i>Si oui par qui</i>	X	La personne elle-même
<i>Présence d'un médecin traitant</i>	Non	Oui
<i>Déclare renoncer aux soins</i>	Oui (défiance vis-à-vis des soignants)	Non
<i>Droits en santé ouverts</i>	Non	Oui
<i>Suivi social</i>	Oui	Oui

Figure 38 : Individu 1 de la typologie « des améliorations multiples ». SOURCE : QUESTIONNAIRE DU CYCLE DE SUIVI.

La Figure 39 illustre le changement de situation d'un autre individu qui recourt à un médecin généraliste, sans pour autant faire disparaître le renoncement aux soins qui se maintient en raison de la barrière de la langue. De plus, les droits en santé sont ouverts (AME) lors de la deuxième passation du questionnaire.

	P1	P2
<i>État de santé perçu</i>	Mauvais	Mauvais
<i>Rdv passé avec un médecin généraliste dans les 3 mois précédents</i>	Non, en avait besoin	Oui
<i>Si oui, où</i>		Dans un cabinet
<i>Rdv passé avec un médecin spécialiste dans les 6 mois précédents</i>	Oui	Oui
<i>Rdv programmé dans le futur</i>	Oui	Oui
<i>Si oui par qui</i>	Ne sait pas	Le médecin (suivi) + La personne elle-même
<i>Présence d'un médecin traitant</i>	Oui	Oui
<i>Déclare renoncer aux soins</i>	Oui (barrière de la langue)	Oui (barrière de la langue)
<i>Droits en santé ouverts</i>	Non	Oui
<i>Suivi social</i>	Oui	Oui

Figure 39 : Individu 2 de la typologie « des améliorations multiples ». SOURCE : QUESTIONNAIRE DU CYCLE DE SUIVI.

« Une réponse à un besoin spécifique » (10 personnes)

L'autre typologie qui se dégage concerne les personnes pour qui l'EMMS agit sur un besoin spécifique. Par exemple, deux individus de cette catégorie (dont celui concerné par la Figure 40) avaient besoin de consulter un dentiste, mais ne souhaitaient pas réaliser d'autres démarches. De façon similaire, pour 4 autres personnes, c'est seulement un rendez-vous chez un médecin spécialiste qui est effectué, et il en va de même pour 3 autres sauf qu'il s'agit d'un rendez-vous chez un médecin généraliste. Pour la dernière personne, plusieurs professionnel-le-s de santé étaient déjà sollicité et l'impact de l'intervention de l'EMMS concernait la déclaration d'un médecin traitant dans une visée de coordination du parcours de soin.

	P1	P2
<i>État de santé perçu</i>	Moyen	Moyen
<i>Rdv passé avec un médecin généraliste dans les 3 mois précédents</i>	Non, en avait besoin	Oui
<i>Si oui, où</i>	X	PASS
<i>Rdv passé avec un médecin spécialiste dans les 6 mois précédents</i>	Non, en avait besoin	Oui
<i>Si oui quelle spécialité</i>	X	Dentiste
<i>Rdv programmé dans le futur</i>	Non, en aurait besoin	Non, en aurait besoin
<i>Si oui par qui</i>	X	X
<i>Présence d'un médecin traitant</i>	Non	Non
<i>Déclare renoncer aux soins</i>	Oui (blocage administratif, financier et barrière de la langue)	Oui (blocage administratif, financier et barrière de la langue)
<i>Droits en santé ouverts</i>	Non	Non
<i>Suivi social</i>	Non	Non

Figure 40 : Individu 1 de la typologie « un besoin spécifique ». SOURCE : QUESTIONNAIRE DU CYCLE DE SUIVI.

Deux types d'effets positifs concordants à l'accompagnement des EMMS sont ainsi observés chez les personnes ayant répondu aux deux phases du questionnaire du cycle de suivi. Le premier, « des améliorations multiples », fait référence aux personnes dont la situation s'améliore sur plusieurs des dimensions suivantes : par rapport à la consultation de médecins quand c'est nécessaire (généralistes ou spécialistes) et au recours aux soins plus général ; à l'intégration au droit commun (aller chez un médecin dans un cabinet plutôt qu'aux urgences) ; à l'autonomie par rapport aux soins (programmer soi-même ses rendez-vous) et à la prise de traitement ; aux droits en santé ; au suivi social. Le second type d'effet identifié, intitulé « Une réponse à un besoin spécifique », correspond aux situations où un élément en particulier semble avoir été travaillé par l'EMMS, par exemple la prise d'un rendez-vous ou l'ouverture des droits en santé.

Cela nous montre que l'accompagnement des EMMS produit des effets positifs au niveau individuel, dont l'ampleur est adaptée aux besoins de la personne : si cette dernière souhaite seulement traiter ses douleurs dentaires et n'a pas le temps pour entamer d'autres démarches, c'est ce qui sera effectué. Comme cela sera développé plus tard (I. B), le besoin spécifique peut constituer une porte d'entrée à un accompagnement plus global par l'EMMS. Nous remarquons dans les données de cet échantillon qu'il est rare que la personne présente des besoins sur la totalité des indicateurs déterminés. De plus, ces derniers ont été choisis pour être les plus parlants et les plus simples possible, mais ils occultent des variations plus subtiles dans l'état de la personne. Par exemple, le détail de l'intensité du non-recours n'est pas disponible : des personnes déclarent s'être rendues chez le médecin alors que ce n'était pas le cas avant, tout en continuant à renoncer aux soins.

Les entretiens témoignent également d'une efficacité de l'intervention des EMMS sur le plan de la réduction du non-recours aux soins via l'orientation vers des professionnel·le·s de santé et l'autonomisation dans la prise de rendez-vous :

« Je ne connaissais pas les PASS, c'est [l'infirmière] qui m'a envoyé chez le médecin à la mairie de Saint-Ouen [CMS avec PASS de ville] » **Homme de 28 ans, hébergé chez un tiers.**

« S'il y a un problème maintenant soit j'appelle [l'EMMS] soit je prends rendez-vous sur doctolib » **Homme de 42 ans, hébergé en CHU.**

« Je suis satisfaite car maintenant j'ai un médecin traitant que j'avais pas, le kiné que j'avais pas. » **Femme de 62 ans, en hôtel 115.**

« C'est [l'infirmière et la travailleuse sociale de l'EMMS] qui m'ont aidé pour avoir un médecin traitant et un logement ici. Avant, j'avais pas de médecin traitant. » **Homme de 36 ans, hébergé en CHRS.**

En plus de favoriser la mise en place de rendez-vous, les professionnelles des EMMS accompagnent certaines personnes à ces rendez-vous afin de faciliter la compréhension des échanges, de la maladie, du traitement.

« Avec le médical, moi je parle pas bien français, quand je comprends pas quelque chose, elle m'explique. » **Femme de 38 ans en Solibail.**

L'aide sur la partie sociale, et particulièrement sur l'accès à un hébergement ou un logement constitue un apport central pour les personnes accompagnées dans un contexte de sursaturation des dispositifs. À titre d'exemple, le mari de la femme qui témoigne ci-dessous a fait valoir des droits auprès de la MDPH

et a ainsi pu toucher l'AAH après l'intervention de l'EMMS en 2022. Cela a permis au ménage de bénéficier d'une source de revenu complémentaire, ce qui a débloquent la demande de logement Solibail en cours puis l'intégration d'un logement fin 2023 :

« [L'infirmière] elle a téléphoné téléphoné, envoyé les mails, les courriers et après ils ont dit d'accord et après on a eu le Solibail » **Femme de 38 ans, en logement Solibail.**

L'avancée des démarches administratives concernant les droits en santé ou la domiciliation constitue un élément central de la dimension sociale de l'accompagnement.

« Elle [l'infirmière de l'équipe] m'a accompagnée dans mes courses. J'ai fait ma demande AME, il y a presque 6 ou 7 mois. Quand j'étais avec elle, c'était rapide pour que j'aie ma carte. Elle m'a accompagnée aussi pour faire la domiciliation. Et puis, elle est très gentille, elle sait parler. Elle m'a accompagnée aussi à la Maison des femmes. » **Femme de 26 ans, en hôtel 115.**

Parfois les démarches initiées par les EMMS ne débouchent pas sur des résultats concrets et mesurables, mais l'accompagnement et les échanges informels avec la personne sont considérés comme une plus-value importante :

« Il n'y a pas eu de grand changement, mais j'ai senti qu'elle a fait tout ce qu'elle pouvait pour m'aider, et le fait de trouver quelqu'un qui vous aide, qui est sympa c'est déjà beaucoup. Des fois ça nous arrive de rencontrer des gens qui ne nous calculent même pas, ne nous donnent pas d'importance, dans la santé, dans le social, dans l'administration... » **Homme, 42 ans, hébergé en CHU.**

C'est bien à cette catégorie, celle du « non quantifiable » qu'appartient le lien social créé entre accompagnant-e-s et accompagné-e-s.

• Le lien au cœur de l'accompagnement

Lors de la quasi-totalité des entretiens avec les personnes la qualité du lien et des interactions avec les professionnelles des équipes a été soulignée. Une grande majorité ressentent de la reconnaissance pour ces professionnelles et soulignent leurs qualités : « sincères », « extraordinaires », « laissent des traces », « efficaces », « de grandes qualités humaines ». Dans un contexte où les personnes sont souvent très isolées, loin de leurs proches ou en situation de rupture familiale, et où les autres professionnel-le-s du territoire, aux dispositifs saturés, n'ont que très peu de temps disponible pour chaque personne, l'attachement aux professionnelles des EMMS est régulièrement comparé à un lien familial :

« On dirait que c'est ma mère quoi. [...] Quand même, elle me manque des fois. Moi, si j'aime quelqu'un, il faut que j'entende sa voix. » **Homme seul, 23 ans, hébergé en CHU.**

« Quand je suis arrivée dans son bureau, j'ai commencé à parler, à parler... Je me suis sentie auprès de... Je sais pas, c'est comme un miracle en fait. J'ai commencé à parler avec elle et je me suis sentie comme avec quelqu'un de ma famille. » **Femme de 29 ans, hébergé en CHU.**

« En vrai, c'est la seule personne que j'aie ici. » **Homme de 33 ans, à la rue.**

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

D'autres personnes considèrent que les EMMS leur ont sauvé la vie, tant sur le plan de la santé que dans un sens plus global :

« S'il n'y avait pas eu cet accompagnement-là, je serais déjà morte, avec ce que j'ai vécu. » Femme de 62 ans, hébergée en hôtel 115.

Cependant, la conscience du caractère professionnel de la relation demeure pour la plupart des personnes suivies et transparait à travers divers échanges où ces dernières ne veulent pas surcharger l'équipe qui les accompagne. Par exemple, lorsqu'une infirmière d'une EMMS dit à un homme qu'elle accompagne qu'elle va demander à son médecin de faire une ordonnance pour des soins infirmiers, ce dernier répond *« ça va vous faire du travail »*. Ou encore, un homme rencontré en entretien raconte vouloir échanger régulièrement avec l'infirmière qui le suit, mais tout en gardant conscience du caractère professionnel de la relation et en respectant son indisponibilité :

« Je l'appelle souvent. L'autre jour, je l'ai appelée, mais elle m'a pas répondu. Après, j'ai laissé tomber, comme elle travaille aussi, je voulais pas la déranger. » Homme 23 ans, hébergé en CHU.

La comparaison avec des expériences négatives auprès d'intervenants et intervenantes médico-sociales d'autres dispositifs est aussi un moyen pour les personnes de mettre en valeur les qualités des professionnelles des EMMS rencontrées.

Un couple interrogé, d'une quarantaine d'années, exprime une immense reconnaissance à l'égard de la travailleuse sociale de l'équipe qui les a accompagnés, très différente des précédents travailleurs sociaux qu'ils ont pu rencontrer. Ils expliquent qu' *« elle fait tout ce qu'elle leur dit »*, qu' *« elle est très à l'écoute, très attentive et très directe dans sa façon de communiquer »*. Pour la première fois, ils se sentent bien dans une relation avec un travailleur social et ont l'impression de pouvoir vraiment travailler ensemble. Ils se sont rapidement attachés à cette relation professionnelle.

Une jeune femme de 26 ans compare quant à elle avec une professionnelle d'un dispositif du secteur social :

« Elle [l'infirmière de l'EMMS] n'est pas agressive, elle est douce. Parce que moi, quand la personne est agressive et me parle violemment, ça me fait mal. [...] Il y a une autre dame, là sincèrement, souvent elle me parle comme ça, je n'arrive pas à dormir, ça me fait mal au cœur. »

Extrait du Carnet de terrain, immersion avec une EMMS, février 2024 :

L'après-midi nous recevons au bureau une femme suivie depuis quelques mois par l'équipe, elle a accouché il y a 2 mois à peine. Madame parle surtout en anglais, elle est originaire du Bangladesh. Quand elle arrive avec sa poussette, elle offre un plat qu'elle a cuisiné aux professionnelles de l'équipe, en remerciement. Elle vient pour le rendez-vous afin de faire le point sur sa situation administrative. Une professionnelle de l'EMMS demande des nouvelles de sa santé et de son bébé.

L'extrait ci-dessus illustre la reconnaissance des personnes suivies qu'elles peuvent parfois exprimer par des cadeaux (dessins des enfants, cuisine, paroles de remerciement, messages, attentions). De leur côté, les professionnelles des EMMS ont conscience de ce lien et considèrent qu'il fait partie intégrante de leurs missions : elles en permettent l'apparition par des discussions informelles, des moments détendus, de

l'humour, des questions « *sur ce qui fait l'identité de la personne* » (son pays d'origine, les membres de sa famille, ses centres d'intérêts, son ancien métier...), de services qui dépassent les missions (donner une poussette, un lit bébé, se démenier pour des béquilles ou un frigo pour garder le traitement au frais). Une infirmière d'une EMMS explique que pour elle, « *le lien est instauré dès le début* », à son arrivée dans la structure où elle tient une permanence, quand elle leur serre la main, que « *le contact physique est très important à [ses] yeux* » que sans ça « *certains n'oseraient pas venir [la] voir* ».

« Je me rends compte aussi au fur et à mesure, pour certaines femmes, on est le seul lien, en fait, on est la seule chose qui est constante. Et ça, c'est vrai que j'en prenais pas forcément la mesure... Y en a une là, on s'est rencontrées quelques fois, mais elle m'envoie un message tous les jours pour savoir comment je vais. Alors ça peut paraître anodin, mais je pense que c'est un lien et je pense que pour beaucoup de femmes qu'on suit, elles n'ont plus le lien. » Sage-femme, EMMS.

« On fait beaucoup de coordination médicale, mais surtout du lien, on est là dans la vie des gens, dans leur misère. Sur la santé il y a des vraies questions à suivre, mais ce qui tient tout le monde c'est qu'on est là dans leur vie, c'est ce qui fait que ça fonctionne. Rien qu'à voir comment repartent les enfants et les parents [après un rendez-vous avec l'équipe] on le sait » Coordinateur-ice, EMMS.

« On s'attache à eux et ils s'attachent à nous [rires] ! » Infirmière, EMMS.

« C'est important quand on passe discuter avec les personnes, ça fait une forme de soutien psychologique. Les patients sont contents, ils proposent un petit thé, un café et on papote. Ils disent pourquoi vous ne passez pas pour discuter et juste pour soigner : il faut que tous les soignants fassent ça. On n'est pas à l'hôpital ici. Finalement le relationnel c'est le plus important. C'est des gens cassés de partout qui n'ont pas eu le temps de prendre soin d'eux, de leur santé, de leur bien-être. Ils ont des parcours difficiles donc ils ont besoin de parler. On a le temps de le faire, il faut prendre ce temps. » Aide-soignante, EMMS.

« La mission 1ère de l'aller-vers c'est de créer du lien, de permettre aux personnes de se diriger vers du soin. Elles [les professionnelles de l'équipe] remplissent cette mission, comme elles le peuvent, mais elles le font. » Coordinateur-ice EMMS.

Et il en est de même pour les partenaires des EMMS : « *Les équipes mobiles, c'est quand même dans ce lien-là d'humanité.* » Structure francilienne, partenaire solliciteur des EMMS.

Notons néanmoins qu'un lien particulièrement fort peut poser certaines difficultés. Premièrement, d'un point de vue de la sécurité : une infirmière d'une EMMS a dû arrêter de suivre un homme qui était trop insistant et dépassait le cadre d'un accompagnement. D'autre part, une des spécificités des EMMS réside dans le fait que l'accompagnement est conçu comme un accompagnement temporaire, impliquant donc une durée de vie limitée à ce lien tissé au fil du suivi. Des stratégies sont alors mises en place par les professionnelles pour que la fin de l'accompagnement se fasse « en douceur » et que la personne ne se sente pas « abandonnée ». Il s'agit notamment de rassurer sur le fait que l'équipe est toujours joignable en cas de besoin même si l'accompagnement est terminé :

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

« A la fin de la prise en charge on ne les lâche pas dans la nature, s'ils ont besoin ils vont nous contacter, ils ont souvent du mal à couper le cordon. [...] On essaye d'aider un peu et de rediriger vers les personnes qui sont censées les accompagner maintenant. » **Infirmière intérimaire, EMMS.**

« Quand même, des fois, ça peut être un peu dur et on sent que 'Ah bon, mais c'est fini ? On s'appelle plus ?' et il y a un petit côté, il y a une rupture. On rassure toujours en disant 'Vous avez mon numéro' et du coup, ça passe. » **Infirmière, EMMS.**

« Je pense que c'est mieux de rappeler un peu le contexte plutôt que de ne plus répondre même s'il y a un relais, de dire :

- Ok mais non, t'inquiète pas, y a une autre équipe, y a l'assistante sociale de la mairie.
- Oui mais elle me reçoit jamais dans son bureau.
- Oui mais c'est parce qu'il y a du monde, voilà, faut prendre ton ticket.
- Oui mais c'est pas pareil.
- Oui bah oui, mais ça c'est parce qu'on est tous différents' » **Travailleuse sociale, EMMS.**

« Elle [la travailleuse sociale de l'équipe] m'a dit maintenant j'ai tout, c'est bon pour moi. Elle m'a dit qu'en cas de besoin, je n'hésite pas à la rappeler. » **Homme de 36 ans, hébergé en CHRS.**

La difficulté de gestion de la fin de l'accompagnement est variable en fonction de l'intensité du lien :

« Pour moi les fins de prise en charge ça ne se fait pas de manière nette. S'il n'y a pas de lien créé, ça va se faire naturellement. Mais si le lien existe c'est compliqué de dire ciao une fois que l'enfant a plus d'un an⁸⁰, surtout quand il y a des démarches longues qui sont lancées, comme sur le droit au séjour. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

« Il faut réussir à tenir tête pour pas re-renter dans le quotidien du monsieur qui appelle pourtant tous les jours. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

Les EMPP, accompagnant elles aussi pour des durées limitées dans le temps après le rattachement au droit commun, sont confrontées aux mêmes problématiques et prennent aussi à cœur de « gérer la fin en douceur » : « On va dire explicitement que la prise en charge est terminée, mais tout en disant 'vous pouvez venir dire bonjour ou prendre un café'. On essaye de le faire de façon douce. »

Pour certaines personnes, minoritaires dans l'ensemble, la formulation explicite de la fin de l'accompagnement est évitée par les professionnelles pour préserver leur santé mentale :

« Ça dépend, il y en a avec qui c'est ok et puis d'autres – c'est arrivé – à qui on ne dit pas que c'est fini, c'est plus simple. C'est quand il y a un trauma derrière, il y a un risque de décompensation inutile. Mais c'est très rare, c'est arrivé deux fois. Pour ces personnes-là, la séparation peut être difficile, surtout quand on est un peu une personne ressource et rassurante dans le domaine qui peut poser problème pour la personne, on devient trop importante dans leur vie. » **Infirmière, EMMS.**

⁸⁰ Lorsque l'enfant dépasse les un an, cela signifie que la mère sort des critères d'accompagnement par l'équipe LHSS mobile Ovale spécialisé périnatalité, et donc qu'elle est censée sortir de la file-active.

« C'est sûr que tu es un repère pour eux, ils ne voudront pas te laisser. Monsieur H., je vais garder juste un lien de contact, mais ça s'estompera et il fera sa vie. Tu ne peux pas lui arracher ça d'un coup, il le vivrait en abandon. » **Infirmière, EMMS.**

De façon plus générale, dans les secteurs du social et du médical, le lien créé avec certain·e·s professionnel·le·s peut conduire à des pratiques de recours à des services qui sont peu rationnelles d'un point de vue de la proximité géographique ou de l'adéquation avec la structure. C'est le cas d'un homme rencontré, déjà évoqué dans la partie précédente à propos du recours aux soins, qui préfère se rendre à un hôpital en particulier quand il a besoin de se soigner, car un lien existe avec les soignant·e·s alors qu'il a été suivi par une EMSP et qu'il pourrait prendre rendez-vous chez un médecin généraliste. C'est une logique qui s'applique aussi très bien au choix de lieux d'aide comme les d'accueils de jour.

« Il y en a qui restent ici alors qu'ils ne devraient plus être dans le circuit [de la PASS] car ils ont eu l'AME. C'est familial ici, ils reviennent. » **Infirmière coordinatrice, PASS hospitalière.**

Le premier apport de la part des EMMS à mesurer est celui qui concerne les personnes suivies, premières concernées par le dispositif. D'abord, concernant les plus-values objectives, les indicateurs et les témoignages révèlent les nombreux impacts positifs de l'intervention des EMMS tant sur le plan médical que social. En effet, nous avons montré à l'aide des entretiens et du questionnaire du cycle de suivi que l'accompagnement ou les soins mis en place par les EMMS favorisent l'amélioration d'au moins un indicateur concernant le parcours de soins ou les démarches sociales liées à la santé. L'équipe peut se concentrer sur un besoin spécifique, mais aussi travailler plusieurs dimensions simultanément.

Cet apport peut se mesurer au niveau du recours aux soins : prendre rendez-vous seul·e puis se rendre à une consultation généraliste ou spécialiste et ainsi ne plus recourir aux urgences comme ultime solution, ou encore avoir un médecin traitant.

Les EMMS permettent d'obtenir une plus grande autonomie et une meilleure compréhension de leurs pathologies et de leur parcours de soin, c'est-à-dire d'avoir une meilleure littératie en santé, de rencontrer moins de difficultés à prendre leur traitement. Ainsi, la pédagogie des équipes, leurs explications, l'accompagnement aux rendez-vous, le recours à l'interprétariat, l'orientation vers des professionnel·le·s de confiance permet de diminuer la défiance vis-à-vis des soignant·e·s et d'améliorer la compréhension du fonctionnement du système de santé.

L'apport positif des EMMS se mesure également du côté des démarches administratives lorsqu'elles permettent l'ouverture ou le renouvellement de droits en santé, contribuant ainsi à l'amélioration du recours aux soins. De plus, l'envoi de demandes pour des structures de soins résidentiels ou le fait de réaliser des dossiers MDPH peut permettre l'obtention d'un hébergement ou d'un logement, ou des revenus supplémentaires (avec l'AAH par exemple). Il arrive aussi que des démarches de demandes par rapport aux droits au séjour soient initiées.

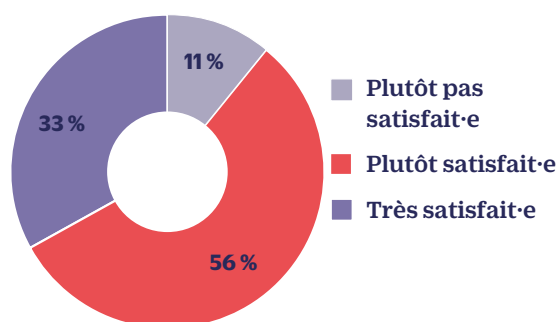
Nous avons de plus souligné l'apport considérable des conditions dans lesquelles s'effectue l'accompagnement, qui favorisent la création d'un lien très fortement valorisé par les personnes suivies. La qualité de ce lien est en fait un des principaux éléments qui permettent l'adhésion des personnes à un suivi efficace aux résultats positifs, pour ces dernières comme pour les professionnelles.

B - Les professionnelles de la santé et du social face au dispositif des EMMS

Bien que les personnes accompagnées soient les premières bénéficiaires de l'action des EMMS, d'autres acteurs bénéficient de leur soutien ou sont amenés à collaborer avec elles. Il ressort majoritairement du terrain de l'étude une satisfaction importante de ces acteurs, avec tout de même une marge d'amélioration sur certains sujets.

• Satisfaction des partenaires sollicitants

Satisfaction de l'intervention de l'équipe (n=79)



Figures 41 : Niveau de satisfaction de l'intervention de l'équipe pour les 79 répondant-e-s les ayant déjà sollicitées.

SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ PRESCRIPTEURS SIAO.

Pensez-vous solliciter les équipes dans le futur ? (n=193)

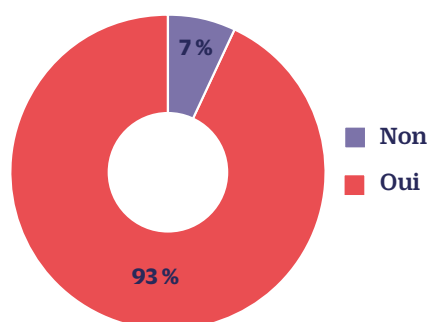


Figure 42 : Projection des répondant-e-s sur une future sollicitation des EMMS, 193 répondant-e-s.

SOURCE : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ PRESCRIPTEURS SIAO.

Les « partenaires sollicitants », aussi appelés prescripteurs, sont très largement satisfaits de l'intervention de l'EMMS. Parmi les répondant-e-s au questionnaire auto-administré aux prescripteur·ice·s SIAO ayant déjà eu recours à une EMMS, 89 % sont « plutôt satisfaits » ou « très satisfaits » de l'intervention de cette dernière (cf. Figure 41). Certain-e-s en développent les raisons dans la zone de commentaire : « C'est un dispositif adapté qui permet de faire tiers lorsque l'on peine à aborder la question de la santé avec une famille » ; « Le travail en commun avec l'ESSIP a pu permettre à l'équipe du CAARUD de proposer un accompagnement global. ».

De plus, 93 % des répondant-e-s au questionnaire, incluant celles et ceux qui connaissent les EMMS, mais qui ne les ont pas forcément déjà sollicitées, pensent y avoir recours dans le futur (cf. Figure 42).

Lors des entretiens qualitatifs une grande satisfaction est exprimée par les personnes interrogées :

« Je trouve que c'est une très belle démarche. C'est bénéfique pour l'hôpital, notamment avec l'ESSIP où on sait qu'une continuité de soins peut être assurée là où la personne va vivre après l'hospitalisation. C'est intéressant aussi pour la périnatalité : ça permet de savoir que des partenaires peuvent aller à la rencontre de ces femmes sur leur lieu de vie le temps de leur grossesse. Et ça permet aussi de faire hospitaliser des mamans qui en ont besoin. C'est aussi bénéfique envers l'hôpital pour identifier les personnes en rupture ou sans soins pour orienter vers nos PASS. » **Directeur·rice d'un service social hospitalier de Seine-Saint-Denis.**

« Pour nous équipes et usagers c'est un gros plus de voir les EMSP arriver. C'est le cœur de l'enclenchement des premières démarches. Il y a des personnes plus ou moins autonomes dans le soin, les EMSP ont un rôle important à jouer. » **Directeur·ice d'une structure spécialisée auprès du public en rue.**

« Je trouve ce dispositif très bien, c'est compliqué pour les personnes qui n'ont pas de couverture sociale de se soigner. Ce sont des personnes qui n'iraient pas voir le médecin d'eux-mêmes donc si on va vers eux c'est très bien. Et ces équipes orientent vers l'hôpital selon l'état de santé, ça évite des dégradations. » **Infirmière coordinatrice d'une PASS de Seine-Saint-Denis.**

« C'est un dispositif indispensable qui permet le relais : ils commencent là où nous on s'arrête. Il y a des choses qu'on sait pas faire et pour lesquelles on n'est pas formé » **Directeur.ice d'un CCAS de Seine-Saint-Denis.**

« Ces équipes sont un intermédiaire nécessaire. [...] Elles nous permettent d'avoir un œil sur le terrain, d'effectuer une forme de relais auprès des femmes que l'on suit. » **Coordinatrice d'une structure spécialisée auprès des femmes.**

Les citations ci-dessus soulignent le relais et la continuité que permettent l'intervention des EMMS auprès des personnes accompagnées en agissant de façon complémentaire avec les professionnel-le-s interrogé-e-s, en apportant des compétences spécifiques liées à la santé qui favorisent l'amélioration globale de la situation des personnes. Il est néanmoins souligné que certains aspects de la mise en œuvre concrète des missions des EMMS gagneraient à être améliorée, notamment les délais avant intervention ou le retour effectué après la rencontre avec la personne. La question de l'harmonisation des pratiques, déjà abordée dans la Partie 1, II. C), est également évoquée lors des entretiens.

« Le seul retour négatif que j'ai eu c'était sur l'ESSIP est le délai d'intervention, il n'y avait pas de dispo avant 10 jours après la sortie de la personne. C'est compliqué niveau fluidité. Mais bon, des choses nouvelles se font, on va s'habituer, il ne faut pas s'arrêter à une mauvaise expérience. » **Directeur.ice d'un service social hospitalier de Seine-Saint-Denis.**

Après le signalement effectué par le partenaire solliciteur, la potentielle attribution de la situation par la régulation à une des équipes et l'intervention des professionnelles auprès de la personne concernée, il importe pour les partenaires solliciteurs de savoir quelles démarches ont été effectuées, si un accompagnement est enclenché ou non, etc.

« Concernant le retour après la sollicitation : ça dépend vraiment des professionnels. Ce ne sont pas toujours les mêmes visions. [...] Par exemple avec une équipe le monsieur a été rencontré et on ne m'en a jamais parlé. L'idéal ce serait d'avoir un appel pour être tenue au courant. » **Travailleuse sociale, structure de Seine-Saint-Denis.**

« C'est un appui essentiel [les EMMS], et pour qu'il soit d'autant plus efficace, il faudrait qu'il y ait des bases communes à toutes les EMSP avec des prises de constantes, une évaluation générale, un reporting aux partenaires de la veille sociale qui avaient signalé avec des points d'alerte inscrits dans un tableau synthétique de suivi commun entre structures et l'EMSP. » **Chef-fe de service, structure de Seine-Saint-Denis.**

Des outils sont ainsi suggérés pour assurer le suivi après l'intervention comme l'appel téléphonique ou le tableau partagé :

« Au même titre que le processus de signalement, il pourrait y avoir une base réalisable de minimum de transmission que tous savent qu'ils vont recevoir. Un tableau systématique qui synthétise ce qui a été repéré, avec partie médicale « censurée » (avec secret médical) qui explique le suivi qu'il y aura, avec écrit « attention vigilance si vous voyez ça contactez-moi » ; « j'ai prévu de l'accompagner à tel endroit » etc. Il suffit de ça, les équipes sont tout de suite en soutien, le besoin ciblé est déjà repéré. Et le côté axe administratif aussi : on a repéré ça et ça, moi je pourrai faire ça et pas ça. » **Chef-fe de service, structure de Seine-Saint-Denis.**

D'autres points d'améliorations sont soulignés par les partenaires sollicités comme le fait de ne « pas avoir le dossier médical de la personne » ce qui ne permet pas de connaître « toutes les conséquences possibles et qui engage une responsabilité médicale » (sage-femme d'une association francilienne). Ou encore concernant la clarté des critères d'intervention et le fait d'avoir une réponse unifiée selon les canaux de sollicitation.

Il ressort ainsi des témoignages et questionnaires adressés aux partenaires sollicités des EMMS une satisfaction importante concernant la complémentarité de leurs actions respectives et 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 plusieurs difficultés dans le cadre du travail en réseau (voir Partie 2 II. A). En effet, les dispositifs se multiplient afin de répondre au mieux aux besoins des personnes, mais cela risque de segmenter les thématiques et de favoriser le travail en silos si la communication et la visibilité ne sont pas optimales. Ces dernières pourraient être augmentées dans le cas des EMMS par la mise en place d'une réponse unifiée post intervention et plus globalement par une plus grande harmonisation des pratiques inter-équipes.

• La réflexivité des équipes : penser et confronter ses pratiques

Le point de vue réflexif des professionnelles ou encadrant-e-s des EMMS va également dans le sens d'une satisfaction concernant les actions mises en œuvre par rapport au contexte donné, notamment dans le cadre d'un pilotage apprécié de l'ARS-DD93, ce qui n'empêche pas le ressenti d'une frustration sur certains aspects de l'activité.

Une grande satisfaction malgré certains points de frustration

D'abord, les équipes sont globalement très satisfaites de la mise en œuvre de leurs missions, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. En effet, une personne responsable de pôle à Interlogement93 souligne que « toutes les demandes ont pu être attribuées à une équipe, sans liste d'attente, avec un volume important de demandes totales adressées à la régulation » ce qui a permis « une bonne capacité d'intervention sur ces deux premières années. » Notons néanmoins qu'une des équipes rencontre des difficultés à remplir sa file-active.

Les équipes soulignent la qualité et l'efficacité de leur travail qui se concrétise par l'autonomisation des personnes vis-à-vis des soins et des soignant-e-s, le retour vers le droit commun et plus globalement l'avancée des projets personnels. Cela favorise un sentiment d'utilité pour les professionnelles.

« Je trouve qu'on a beaucoup travaillé de projets, mine de rien. Beaucoup de patients ont un projet personnalisé. Et surtout, moi, j'ai insisté sur le médecin traitant, sur : 'Maintenant, tu as un docteur, il est à toi, tu n'as pas besoin de moi.' Et ça, ils le comprennent. » **Infirmière, EMMS.**

« Rien que ça, c'est déjà énorme, de réussir à créer ce lien avec ces personnes qui se confient à toi, qui te racontent des choses épouvantables. Et toi, voilà tu arrives un peu à les remettre dans le droit commun, à faire en sorte qu'elles comprennent mieux les choses, de devenir autonomes aussi. C'est ça qu'on essaie de faire passer comme message, même si on ne dit pas le mot « autonome », de toute façon, ça ne voudrait rien dire pour elles, mais dire : 'T'inquiète, tu vas y arriver sans moi, regarde tu fais tout toute seule maintenant !'. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

« Avec deux ans d'expérience on a quand même un petit recul, on fait partie de ce réseau sécur 27, on arrive à boucler les situations, les échanges sont fluides grâce aux réunions organisées par la régulation. [...] Sinon c'est un beau service, c'est un régal ce qu'on peut faire. » **Infirmière, EMMS.**

L'infirmière d'une EMMS explique qu'il lui tient à cœur que les personnes qu'elle suit soient bien pris en charge et leur apprend à défendre leurs droits dans le cadre médical en sensibilisant au consentement et au fait que les médecins ne sont pas une figure d'autorité incontestable : « T'en as maintenant qui répondent aux gens et ils sont fiers de venir me dire : 'j'ai mon droit de parole !' Ils ont compris qu'ils avaient des droits et ça, c'est super. »

Le fait d'avoir une équipe sans poste vacant et des professionnelles soudées et investies ressort comme une contribution à l'efficacité de l'équipe. Cela permet de « ne jamais être seul.e face à une situation » (infirmière, EMMS). Ce n'est cependant pas toujours le cas et cela peut susciter des insatisfactions : « c'est un service d'équipe de base, il faudrait changer les collègues qui n'ont pas l'esprit d'équipe et qui ne communiquent pas » (professionnelle d'une EMMS).

Une autre source de frustration réside dans le fait de voir sa capacité d'action limitée concernant l'accompagnement global de la personne, d'abord par le contexte, le manque de relais et la saturation des dispositifs concernés (ce point sera développé dans la Partie 4, II, C), mais également par l'adhésion (ou non) de la personne. Il est souligné qu'intervenir seulement pour des problèmes de santé aigus sans pouvoir faire de démarches pour le reste est compliqué, comme cela a été le cas par exemple pour une équipe et un homme au pouce cassé qui ne souhaitait traiter que cette problématique-là. Cela rappelle la typologie d'intervention correspondant à la réponse à un besoin spécifique identifiée à partir des résultats du questionnaire du cycle de suivi.

« Du coup, c'est vrai que travailler sur l'accessibilité aux soins pour un parcours médical qui a été en rupture, réinjecter une volonté autour du soin avec ce public marginalisé, c'est compliqué en ce moment. En plus, les délais de rendez-vous sont longs donc il faut entretenir quand même. » **Infirmière, EMMS.**

« C'est à la guerre comme à la guerre par opposition aux ACT où il y a une vraie stratégie sur tous les plans pour les personnes, là il faut se contenter de ce qu'on arrive à faire, ça on se le prend en pleine face surtout quand on n'a pas d'expérience dans le social » **Coordinateur-ice d'une EMMS.**

La santé mentale des professionnelles peut être mise à mal par le sentiment d'une action limitée face à des situations de détresse extrême. Des groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) existent pour favoriser les échanges. Malgré cela, la coordinatrice d'une EMMS souligne le manque d'accompagnement psychologique d'ampleur adaptée pour les salariées, considérées comme « de la chair à canon ». Cela a été discuté entre coordinateur-ices qui estiment « qu'il faut prendre soin des équipes ».

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

Le pilotage des EMMS par l'ARS

Le cadre de l'intervention des EMMS du point de vue du pilotage par l'ARS-DD93 constitue une autre dimension de la satisfaction des professionnelles. En effet, les échanges avec l'ARS-DD93 sont décrits comme constructifs et nombreux, et les équipes considèrent que le pilotage de l'ARS leur laisse de l'autonomie et de la souplesse, « *par exemple sur les durées de prise en charge si ça avait été 'c'est 2 mois pas plus' [la travailleuse sociale] serait partie depuis longtemps* » (Sage-femme, EMMS).

« *Il y a un vrai lien avec l'ARS, elles sont présentes à chaque réunion, il y a une bonne écoute de leur part pour améliorer les choses.* » Responsable de pôle, association porteuse d'une EMMS

« *On a une relation de confiance avec l'ARS-DD93, un partenariat très proche. J'ai le sentiment qu'on se comprend, c'est un plaisir de travailler avec eux.* » Membre de la direction, association porteuse d'une EMMS.

« *L'écoute avec ARS c'est un travail d'aller-retour, en espérant qu'à l'avenir ça ne va pas être juste un dialogue de gestionnaire, car sinon ça perdrait tout son sens.* » Coordinatrice d'une EMMS.

Les retours de terrain ont permis l'ajustement des dispositifs qui ont bénéficié d'extensions budgétaires :

« *Le dispositif s'ajuste aux besoins, car l'ARS est à l'écoute, il y avait l'idée de rajouter une EMSP à un moment, mais le besoin c'était pour des nouveaux financements pour l'ESSIP et on a eu la chance d'être écouté et que ça se mette en place. Ça a été le cas avec une nouvelle équipe ACT hors les murs aussi.* » - Coordinatrice des EMMS du 93.

L'ARS confirme effectivement que le « *suivi effectué est très financier et administratif* », qu'il y a « *aussi les réunions de suivi, mais c'est rare qu'[elles] aillent plus loin que ça dans le suivi des structures* » et qu'une véritable « *autonomie est laissée sur le terrain.* ». Les échanges avec les EMMS apportent de plus à l'ARS-DD93 une « *vision de terrain que n'ont pas les dispositifs 'dans les murs'* » qui est « *très utile* » (ARS-DD93).

Il ressort ainsi des différentes parties prenantes du dispositif interrogées une satisfaction importante vis-à-vis des actions effectuées avec les moyens donnés. En effet, les professionnelles se sentent utiles lorsqu'elles parviennent à « *rapprocher les personnes du soin* », au sens global, à créer du lien, à rattacher au droit commun. Le pilotage de l'ARS-DD93 permet aux équipes de s'adapter aux besoins des personnes, mais n'empêche pas des frustrations liées à un sentiment de « *ne pas pouvoir faire plus* », d'être limité dans l'action par des paramètres liés à la personne elle-même ou plus largement aux contextes du médical et du social en Seine-Saint-Denis.

C - Un dispositif novateur : la mobilité au cœur du besoin

Nous avons montré que les différentes parties prenantes du dispositif sont dans l'ensemble satisfaites des actions menées par les EMMS. En effet, ces dernières présentent différents aspects novateurs qui permettent des apports du côté des personnes accompagnées comme des partenaires. La grande flexibilité des EMMS, tant d'un point de vue de la spatialité que de l'accompagnement proposé, permet effectivement de s'adapter au mieux aux besoins des personnes et des professionnel·le·s.

• Au cœur du terrain au plus près du besoin : mobilité et flexibilité

« L'aller-vers » est défini par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) comme une « démarche par laquelle les travailleurs et les intervenants sociaux sont conduits à sortir physiquement de leur structure pour aller à la rencontre des populations isolées ou ayant « décroché », afin de rétablir un lien et l'accès aux aides et au droit commun, en se tournant vers leurs lieux de vie. » L'aller-vers aurait alors deux dimensions principales : « une mobilité hors les murs vers les milieux de vie, et une posture relationnelle d'ouverture vers la personne alors qu'elle renonce à être aidée »⁸¹. Ainsi, les EMMS s'adaptent au lieu de vie des personnes et à leurs contraintes, ce qui peut impliquer de la « débrouille » mais qui permet aussi de se rendre compte de l'environnement de vie, à l'inverse du soin classique, et d'adapter au mieux l'accompagnement. Le premier aspect de la flexibilité des EMMS réside ainsi dans la mobilité des professionnelles :

« Une plus-value très importante des équipes c'est qu'elles sont mobiles. Alors oui il y a des aspects négatifs à propos des déplacements, mais de l'aller-vers on demandait ça depuis longtemps, on sait que ça fonctionne sur les publics les plus fragiles, ça a été prouvé sur plusieurs secteurs en plus de la santé. Ça reconnaît le travail de tous ces acteurs comme les maraudeurs. » - Responsable de pôle d'une association porteuse d'une EMMS.

Tout d'abord, se rendre sur le lieu de vie de la personne permet de comprendre au mieux la situation et instaure une proximité avec elle. C'est pourquoi la première rencontre se déroule très souvent sur le lieu de vie, et les suivantes moins systématiquement, en fonction des problématiques auxquelles fait face la personne.

« En fait on ne sait pas vraiment de quoi il retourne avant de voir » - Psychologue, EMMS.

« Enfin, moi je trouve qu'on est utile parce qu'on va sur le terrain et que c'est vraiment un plus pour faire le compte-rendu social et dire un petit peu où en est la situation quoi. » - Sage-femme, EMMS.

« C'est quand même intéressant de se déplacer dans le lieu de vie pour se rendre compte un peu de la dimension autour de la précarité, des difficultés que nous on évalue et que la personne ne perçoit pas particulièrement. » - Infirmière, EMMS.

« Ce qui est difficile pour les équipes c'est qu'elles sont confrontées à beaucoup plus de précarité contrairement aux ACT avec hébergement où ça sort un peu de la précarité, il y a plus de confort offert. Dans l'aller-vers on va chez la personne. On voit la précarité réelle. » - Coordinatrice d'une EMMS.

L'infirmière d'une EMPP partenaire témoigne également dans ce sens :

« Quand c'est une première rencontre, quand il y a aussi des soucis de mobilité pour la personne, là on se déplace. Je pense que c'est beaucoup mieux et c'est beaucoup plus facilitant pour les patients dans un premier temps et pour les partenaires. »

⁸¹ La santé en action, n°458, décembre 2021

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

Se déplacer, plutôt que faire déplacer la personne suppose de s'adapter à l'emploi du temps de la personne, au lieu où elle préfère être vue, à ses préférences organisationnelles. Cela s'oppose à la pratique de recevoir la personne dans un bureau, en donnant un jour et un horaire de rendez-vous auquel c'est plutôt la personne que la professionnelle qui s'adapte.

« Le " hors les murs " c'est assez récent, c'est vraiment de l'aller-vers : chacun est différent on s'adapte. C'est l'enjeu, c'est s'adapter aux façons de faire et aux timings des personnes alors qu'en ACT classique chaque semaine ce sont eux qui viennent pour maintenir le lien, il y a plus d'obligations. En hors les murs on s'adapte à leur quotidien, on doit faire avec. » Infirmière.e, EMMS.

De plus, aller-vers la personne plutôt que la faire venir évite toutes les complications liées à la mobilité :

« Ça peut être compliqué [de les faire venir] parce que déjà, la plupart n'ont pas de ressources donc elles ne peuvent pas payer leur pass Navigo. Même s'il y en a quand même beaucoup, je dirais plus de 80 %, qui ont une AME ou la CSS donc elles ont des réductions. Mais il y a toujours un problème de ressources. Là, avec les Jeux olympiques, il y a la police partout, c'est impressionnant, et du coup ça donne pas du tout envie de faire venir les gens ici. Et il y a encore plus de contrôles dans les transports donc si t'as pas de ticket, tu prends le risque de te faire arrêter, d'avoir une amende. Si tu payes pas ton amende, t'as des dettes qui s'accumulent, enfin c'est compliqué. » Travailleuse sociale, EMMS.

La possibilité d'accompagner physiquement la personne aux rendez-vous médicaux présente une forte valeur ajoutée par rapport à d'autres professionnel-le-s, et favorise la compréhension entre les soignant-e-s et les personnes. Lors d'une immersion avec une EMSP qui rencontrait un homme pour la première fois, la conseillère en insertion professionnelle qui accompagne l'homme rencontré et qui avait fait le signalement explique « faire tout son possible » mais « ce qu'il manquait, c'est qu'[elle] l'accompagne aux rendez-vous ».

« On accompagne les personnes en consultation quand les gens sont d'accord, pour aider à mieux connaître le système de soins, à aider sur la compréhension de la langue... L'accompagnement physique aide la personne, mais ça nous aide aussi nous à bien comprendre la situation au niveau clinique, et connaître le patricien. » -Coordinatrice d'une EMMS hors 93.

Notons néanmoins que les déplacements présentent des inconvénients pour les professionnelles, qui seront développés dans le II. A). Cependant, ces dernières mettent en œuvre des stratégies pour ne pas « perdre » ce temps de transport ou de conduite. Nous avons observé lors des immersions avec les équipes que beaucoup prenaient ce temps pour téléphoner à des personnes suivies ou à des partenaires, ou remplissaient leurs outils numériques (Ariane Santé, Excel, fiches SIAO...) sur leur smartphone ou tablette.

La flexibilité des EMMS s'incarne également par le contact téléphonique, qui constitue un outil complémentaire aux rencontres physiques, voire de substitution aux rendez-vous à domicile (Sempé et Siffert 2022⁸²) afin de « gagner du temps car [elles] ne peuvent pas toujours se déplacer ». En effet, les professionnelles adaptent leurs déplacements à l'autonomie de la personne :

« Pour les personnes plutôt autonomes ce sera beaucoup plus de coordination et de suivi de démarches par téléphone et pour les moins autonomes beaucoup plus du physique. » Infirmière, EMMS.

⁸² Sempé et Siffert, « Les professionnels du médico-social en déplacement ».

Le contact par appel téléphonique ou par message écrit ou vocal via l'application WhatsApp permet de maintenir le lien dans un contexte où le temps est limité si les file-actives sont importantes, et permet une disponibilité si les personnes ont besoin de contacter l'équipe :

« On voit la personne quelquefois, mais la majorité, c'est par téléphone. En vrai, je ne vois pas comment techniquement on pourrait faire qu'en physique, ça veut dire qu'on voit les gens toutes les 3 semaines et pour les transmissions administratives c'est trop espacé. » Sage-femme, EMMS.

« On est super accessibles, ce qui fait un peu notre différence avec par exemple une autre assistante sociale qui n'aurait pas WhatsApp. Moi, je me dis, mais heureusement qu'on a WhatsApp. Sans ça, notre travail ne serait pas pareil. Mais vraiment, ce serait hyper compliqué parce que les femmes qui ne savent ni lire, ni écrire, ça veut dire qu'avec WhatsApp, elle peut faire des messages vocaux. Quand tu appelles quelqu'un, c'est pas pareil que quand on envoie un message vocal, la dame peut répondre plus tard. On peut envoyer des photos, des documents. » Travailleuse sociale, EMMS.

Mais cela implique les difficultés suivantes : perte ou vol du téléphone des personnes, barrière de la langue, problèmes de suivi en cas de téléphone partagé par tous les membres de l'équipe. L'utilisation de WhatsApp, qui n'est pas censé être un outil de travail, illustre bien la « débrouille » mise en place par les EMMS pour s'adapter au mieux à la réalité de terrain. Dans le cas de l'ESSIP qui délivre des soins, le déplacement est obligatoire, non substituable par le téléphone, et est souvent organisé en passages réguliers.

Ainsi, la modalité d'intervention des EMMS, « l'aller-vers », va de pair avec une flexibilité des professionnelles, impliquant des stratégies de « débrouille », ainsi que la mobilité de ces dernières. Se déplacer sur le lieu de vie transforme l'accompagnement et puisqu'il s'agit d'entrer dans l'intimité de la personne. De plus, la dimension médicale des EMMS implique une proximité plus grande par le passage de frontières physiques et personnelles dans l'échange ou le soin.

• Un soutien « en permanences »

Les professionnel·le·s des structures partenaires, aussi appelé·e·s « le deuxième public » par une équipe, bénéficient du soutien des EMMS via l'accompagnement d'une partie de leur public et via le partage de conseils et d'informations, par l'organisation de permanences, mais aussi d'échanges spécifiques ou informels.

« Il y a un réel apport de l'EMSP aussi pour les équipes en plus des usagers. [...] C'est un vrai support, on a un relais. Notre équipe spécialisée grands exclus passait 80 % du temps à faire de l'accompagnement sur la santé, mais là savoir qu'il y a l'EMSP ça libère, ça donne du souffle. » Chef·fe de service d'une structure accueillant du public.

Comme évoqué dans la Partie 2, II. C) à propos des interactions entre les EMMS et les partenaires sollicités, les équipes ont un travail de soutien et de pédagogie auprès des professionnel·le·s déjà présent·e·s auprès de la personne accompagnée.

« Parfois la personne n'est pas en demande du tout, mais c'est l'équipe qui est en besoin, d'ouverture de point de vue. On met alors en place un accompagnement autour de l'équipe » Psychologue, EMMS.

« J'ai l'exemple d'une dame à la situation complexe, mais qui avait un suivi médical comme social. Et en fait il y avait un problème entre l'équipe et la dame, il n'y avait plus de distance, l'équipe faisait trop et était en souffrance. On a fait de la médiation. Et en fait pas besoin de continuer la prise en charge après ça. » **Infirmière, EMMS.**

Extrait du Carnet de terrain, immersion avec une EMSP, février 2024.

Après une première rencontre qui a eu lieu dans le bureau d'une structure. Le jeune homme s'en va, l'infirmière de l'équipe reste un moment avec la conseillère, qui est à l'origine du signalement envoyé à la régulation. Elles débriefent ensemble la situation et la rencontre. La conseillère explique que les délais de réponse de la MDPH sont très lents pour le transfert du dossier depuis Mayotte. Elle explique avoir fait une fiche SI SIAO. Elle regrette d'être toujours dans l'urgence et de ne pas avoir plus de temps pour échanger avec ce jeune homme sur son parcours de vie. Elle souligne des progrès concernant la mobilité et la capacité à se socialiser depuis son arrivée. Elles parlent du fait qu'il n'est pas sûr qu'il ait un handicap, et que c'est peut-être juste l'environnement et les traumatismes qui ne lui ont pas permis de se développer. L'infirmière dit qu'elle attend la confirmation de sa responsable, mais qu'il n'y a pas de raison que l'EMSP ne suive pas ce jeune homme.

Dans l'extrait ci-dessus, l'EMMS, en plus de proposer un accompagnement au jeune homme, permet à la professionnelle d'exprimer de façon informelle ses difficultés dans l'accompagnement, de la lenteur des démarches administratives avec la MDPH, de ses doutes concernant les diagnostics de santé de la personne suivie.

Le travail de soutien aux professionnels passe beaucoup par la mise en place de permanences des équipes mobiles médico-sociales au sein de structures accueillant du public. Il s'agit d'ailleurs d'une pratique très répandue chez les EMPP depuis plusieurs années. Ainsi, en plus de rencontrer et de conseiller de nouvelles personnes qui seront potentiellement accompagnées par l'équipe, cette dernière peut « *discuter avec les professionnels et les rassurer* » (**travailleuse sociale d'une EMMS**) ainsi que les « *accompagner dans le processus d'acculturation aux soins* », les « *outiller pour de meilleurs repérages et orientations* » (**coordinatrice d'une EMMS**).

« Souvent les professionnels sont face à des situation de santé très compliquées, donc ils sont très intéressés [par les permanences], ça les soulage. Ils ne savent pas comment gérer le côté santé. » **Coordinatrice, EMMS.**

EMMS	Permanences
ESSIP (La Main Tendue)	Ateliers de promotion à la santé
	Permanences dans deux structures d'hébergement (dépistages, orientations, prévention, bobologie)
ACT hors les murs (Aurore)	Permanence dans un CPH interne à l'association (bobologie, psycho traumatismes, un peu de coordination de soins)
ACT hors les murs (Emmaüs Alternatives)	
EMSP (Groupe SOS)	Permanence hebdomadaire dans un accueil de jour (entrées de file-active, rendez-vous de suivi, orientations, coordination de soins)
EMSP (Hôtel Social)	Maraudes communes avec le Samu Social 93
	Permanence hebdomadaire dans un accueil de jour (orientations, rassurer, peu d'entrées en file-active)
	Permanence du médecin dans un accueil de jour
	Réflexion en cours pour des permanences régulières dans des structures d'hébergement internes au groupement Abri
EMSP (Interlogement 93)	Réflexion en cours
LHSS mobile spécialisé périnatalité (Groupe SOS)	Permanence mensuelle dans un accueil de jour (orienter, créer du lien, redonner confiance, toucher une population plus large)
	Permanence mensuelle dans un autre accueil de jour (soulager l'équipe, regard médical, créer du lien, prévention, information, déconstruire les préjugés sur la contraception ou l'avortement)

Figure 43 : Tableau récapitulatif des permanences tenues par les EMMS au moment du terrain de l'étude, printemps-été 2024. Réalisation : P. Mary.

La Figure 43 récapitule les permanences mises en place par les EMMS au moment de l'étude. Notons qu'il s'agit d'un état des lieux à un instant T et que la fréquence et les lieux de ces permanences sont souvent réajustés par rapport aux besoins identifiés et à la capacité organisationnelle de l'équipe.

« Les permanences ne sont pas adaptées à toutes les structures, parfois on arrête à cause des locaux, du public qui n'accroche pas, de l'absence des personnes la journée [dans des structures d'hébergement]. » **Infirmière, EMMS.**

« Je ne suis pas convaincue que d'y aller toutes les semaines, c'était bien. Surtout que là-bas, le social, c'était pas bien, ils parlaient mal aux gens. Mais je sais que c'était important pour eux de me voir et ils étaient en demande de nous. Mais deux fois par mois, c'était amplement suffisant pour assurer le suivi des personnes de la file-active et limiter le nombre d'entrées dans la file-active à un niveau raisonnable pour la charge de travail. » **Infirmière, EMMS.**

Les permanences, quand elles sont ajustées et pertinentes, permettent de créer du lien avec les personnes qui se rendent dans la structure ainsi qu'avec les professionnel·le·s qui y travaillent. Ces dernier·e·s sont en quelque sorte doublement gagnant·e·s : leur public est accompagné par l'EMMS sur les questions liées à la santé, et ils/elles bénéficient eux-mêmes de conseils et de réassurance. Les permanences participent aussi à la connaissance des EMMS par les professionnel·le·s et les personnes rencontrées. Les rencontres avec des personnes jusqu'à présent non connues des EMMS favorisent de nouvelles entrées en file-active, bien que ce phénomène ait pu être moins important qu'anticipé pour certaines équipes, notamment « par rapport au rythme de passage des accueils de jour » (coordinatrice d'une EMMS).

Les différents individus qui gravitent autour des EMMS et qui bénéficient des actions de ces dernières plus ou moins directement font part dans l'ensemble d'une satisfaction importante concernant l'avancée des situations sociales, l'autonomisation par rapport aux soins, le lien créé, le soutien et la complémentarité apportée dans l'accompagnement. Néanmoins, aller dans le sens d'une meilleure harmonisation des pratiques des différentes EMMS permettrait de fluidifier la collaboration avec les partenaires sollicités.

La plus-value des EMMS, incontestablement ressentie par la majorité des parties prenantes, est liée à différents éléments : d'abord le principe d'aller-vers et le caractère mobile et flexible des équipes vers les personnes accompagnées, mais également vers les partenaires auprès desquels un réel travail de soutien est réalisé. Des permanences sont de plus organisées dans plusieurs structures accueillant du public. La pluridisciplinarité des équipes, (développée dans la Partie 2 III. B), constitue un autre atout central des EMMS puisqu'elle permet de faire le pont entre les problématiques sociales et médicales grâce à la globalité de la prise en charge. La flexibilité des EMMS et les stratégies de « débrouille » leur permettent ainsi de remplir leurs missions tout en créant du lien avec les personnes accompagnées et les autres professionnel-le-s.

II. Limites opérationnelles, organisationnelles et structurelles de l'action des EMMS en Seine-Saint-Denis

Sans diminuer les apports des EMMS présentés précédemment, la force de frappe de ces dernières se trouve limitée par des éléments endogènes à leur activité d'une part, tels que les difficultés liées à l'aller-vers et aux déplacements, ainsi qu'à des facteurs exogènes comme la saturation des dispositifs de droit commun et l'insuffisance de logements et de places d'hébergement. Nous questionnons de plus la présence d'« angles morts » dans le champ d'action des EMMS tant concernant des catégories de publics accompagnés que sur le plan géographique.

A - Les revers de l'aller-vers

Une des plus-values des EMMS réside dans leur mobilité et le fait d'aller vers la personne plutôt que de la « laisser venir ». Cela génère de la flexibilité, mais est aussi synonyme de répartition de ressources (temps, véhicules) et de nouvelles contraintes (Sempé et Siffert 2022⁸³). Le travail hors bureau présente différentes difficultés logistiques pour les professionnelles des EMMS : le fait d'être dans des espaces non adaptés pour une évaluation ou la délivrance de soins, le temps de déplacement et la problématique de l'équipement et des outils.

Souvent, particulièrement lors de la première rencontre entre l'EMMS et une personne signalée, « aller-vers » est synonyme d'« aller chez ». Et se rendre sur le lieu de vie d'une personne en situation de grande précarité en rue, en squat, en hébergement collectif (CHU, CHRS...), en hôtel social, chez un tiers, etc. implique différentes difficultés.

D'abord, les questions d'hygiène et de salubrité des lieux, en plus d'être problématiques pour les personnes qui y vivent et leur santé, complique les entretiens : *« On va parfois dans des lieux vraiment très insalubres : on a vraiment affaire à des cafards, des punaises, donc les entretiens, on les fait debout. »* (infirmière EMMS).

⁸³ Sempé et Siffert.

De plus, la configuration des lieux de mise à l'abri sont rarement adaptés à l'activité de l'ESSIP qui assure des soins infirmiers et de nursing comme expliqué par une aide-soignante lors d'une immersion : *« le monsieur que nous allons voir il a un plâtre sur toute une jambe et il a besoin de soins de toilette, mais je suis obligée de le faire à la bassine, car les douches de la structure sont trop étroites. »*

« Souvent, la salle de bain n'est pas adaptée. Je me suis fait mal plusieurs fois, car je devais porter le monsieur pour le sortir de la baignoire, je n'en pouvais plus. Du coup on avait eu une astuce d'une douche libre à un étage inférieur, mais ça n'a pas duré. Il faut le voir pour le comprendre. » - **Aide-soignante, ESSIP.**

Pour l'ESSIP, les difficultés rencontrées lors de la délivrance de soins sont les mêmes que les infirmières et aides-soignantes à domicile, notamment celles des SSIAD⁸⁴.

Outre les soins, pour lesquels les lieux de substitution sont difficiles à trouver, les professionnelles se « débrouillent » pour trouver des endroits où effectuer les entretiens dans les moins mauvaises conditions possibles :

« On devait rencontrer un monsieur dans un foyer, il revenait de réa dans une toute petite chambre partagée par 4 personnes. On y allait en binôme, mais on ne pouvait pas rentrer dans la chambre, donc on se voyait sur un banc dehors. Mais quand il pleuvait c'était plus compliqué, on allait dans un tabac échanger et donner le pilulier. » **Infirmière, EMMS.**

« On essaie vraiment de s'organiser à respecter l'intimité de l'usager, à vraiment faire en sorte que l'entretien se fasse vraiment uniquement avec la personne, pas dans un lieu public. Par exemple, quand on va dans des structures CHU, on nous donne un bureau. » - **Infirmière, EMMS.**

« Parfois, on fait des entretiens dans nos voitures même si on sait que pour l'hygiène, ce n'est pas trop ça mais bon, on n'a pas trop le choix, on fait avec les moyens qu'on a. On va nettoyer tout de suite après, on prend les précautions derrière aussi et même, on s'équipe, on a des combinaisons, on fait vraiment le nécessaire pour qu'on ne ramène pas ces bestioles au service quoi. » - **Travailleuse sociale, EMMS.**

Par ailleurs, être mobile suppose de se déplacer dans divers lieux, souvent éparés en fonction du secteur géographique de l'équipe, avec des temps de transport ou de voiture conséquents.

« Une difficulté ? La route : le secteur est très large. Parfois ça peut être un peu la course. Il y a minimum 20 minutes entre chaque patient, selon les bouchons, etc. » **Infirmière, EMMS.**

Cette problématique n'est pas propre à la Seine-Saint-Denis et aux EMMS, c'est une question récurrente pour tout type d'équipe d'aller-vers (Sempé et Siffert 2020⁸⁵) :

« Les déplacements peuvent aller jusqu'à 60 kilomètres parfois. On le fait en voiture la plupart du temps, c'est souvent compliqué en transport. Et puis il y a les problèmes de trafic : des bouchons à l'est et des tracteurs à l'ouest. » **Coordinatrice d'une EMSP du 95.**

⁸⁴ Service de soins infirmiers à domicile

⁸⁵ Sempé et Siffert, « Les professionnels du médico-social en déplacement ».

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

« C'est chronophage, ça prend tout de suite au minimum 2h donc on peut pas voir des gens à l'infini. C'est-à-dire qu'on ne va voir que 3 personnes maximum dans cette journée-là et, ça c'est quelque chose qui est compliqué à faire comprendre aux gens. » **Infirmière, EMPP.**

De plus, une fois arrivée à destination, il peut arriver que la personne ne soit pas présente, en lien avec l'agenda chargé, le travail et les déplacements fréquents nécessaires vers différents lieux d'aide. A l'inverse des soignant·e·s à domicile de droit commun, les professionnelles des EMMS ne disposent pas des clefs des lieux d'habitation.

Extrait du Carnet de terrain, immersion avec une EMMS, avril 2024 :

Devant la porte de Monsieur nous toquons à plusieurs reprises, l'aide-soignante de l'EMMS l'appelle plusieurs fois en s'annonçant. Elle me dit qu'il est parfois lent à ouvrir, mais jamais autant. De retour à l'accueil, l'agent nous dit qu'en fait Monsieur est parti tôt ce matin, avec sa béquille. Nous nous en allons donc. Sur le trajet vers la deuxième personne, l'aide-soignante le voit à un feu rouge, elle tente d'opérer un demi-tour pour aller à sa rencontre, mais le temps de faire la manœuvre, il a disparu.

Une autre problématique liée à l'aller-vers largement soulevée par les professionnelles est celle liée aux équipements qu'il n'est pas possible de transporter avec soi pourtant indispensables à certaines tâches, celles liées au travail social particulièrement :

« On ne peut pas être tout le temps dehors parce qu'il y a un moment où on doit envoyer des mails donc on a besoin d'avoir Internet, on doit avoir accès à une imprimante si on doit faire des photocopies donc ça, c'est des choses qui, malheureusement, sont obligatoirement faites dans un bureau. Ou alors il faudrait qu'on ait une voiture avec une imprimante portable. Ça, ce serait trop bien parce qu'effectivement, on n'aurait pas besoin de faire déplacer les gens et on passerait vraiment beaucoup plus de temps sur le terrain. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

« Si on avait une imprimante à disposition dans les structures, ça nous ferait gagner du temps parce que je le ferais tout de suite, je le mets dans mon dossier et comme ça, c'est clôturé. » **Infirmière, EMMS.**

Effectivement, les professionnelles des EMMS utilisent toutes le papier lors des rendez-vous à l'extérieur, en exécutant parfois en parallèle des démarches sur leur téléphone pour certaines.

« Nous, les traçabilités sur Ariane, on les fait dans les transports sur le téléphone, mais c'est pas pratique. Ils n'ont pas encore inventé la version application et on l'attend avec impatience. » **Infirmière, EMMS.**

« Le téléphone, c'est pas mal, mais c'est vrai que soit une tablette, soit un ordinateur plus petit, ça pourrait être pas mal. On pourrait l'avoir toujours, parce que je le prends pas tout le temps l'ordi, il est un peu grand et c'est vite lourd. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

Une EMMS a effectivement été dotée d'une tablette pendant la période de terrain « pour pouvoir travailler dans les transports, dans des cafés sans être obligé de revenir forcément au bureau et éviter le temps perdu ».

Se déplacer dans les lieux de vie des personnes peut également poser la question de la sécurité. En effet, lors d'une réunion de coordination entre les EMMS, une coordinatrice remonte par exemple le fait « *que dans un foyer travailleur migrant où des hommes sont suivis, l'équipe ne monte pas aux étages de la chambre sans un salarié de la structure* ». Le partenaire qui sollicite l'équipe peut donner des indications nécessaires à la garantie de la sécurité :

« Pour un premier entretien, de toute façon on y va à 2 et tant qu'on ne sait pas... Soit c'est sécurisé par le prescripteur qui nous dit « Allez-y » en gros, c'est OK ; soit on ne sait pas vraiment, c'est un peu flou et le prescripteur est là. C'est le cas dans certains foyers ou squats. » **Infirmière, EMMS.**

« Je les reçois jamais seule parce que j'ai besoin de mettre ma sécurité d'abord. Même après, j'attends quand même. J'attends un peu parce que des fois, tu sais pas qui tu as en face de toi. » **Infirmière, EMMS.**

Toutes les difficultés citées ci-dessus contribuent au fait que parfois, certaines équipes trouvent plus pratique de donner rendez-vous à la personne dans leurs propres locaux, par exemple l'équipe du Groupe SOS Ovale distribue des paniers alimentaires aux femmes qui n'habitent pas loin et profite de la venue pour faire des rendez-vous de suivi. Il en va de même pour des EMPP, qui, du fait de locaux plus fonctionnels, font « *venir les personnes parfois en plus de l'aller-vers* » **Professionnel·le d'une EMPP.**

Le fait de ne pas avoir de lieu ressource ouvert à la personne en cas de besoin peut poser question. La seule manière de « laisser venir » est l'appel téléphonique ou la permanence dans un lieu d'accueil si la personne connaît la date et les horaires. En Seine-et-Marne, une permanence inter-associations est organisée par les EMMS si jamais les personnes ont besoin de venir déposer ou récupérer des documents par exemple.

Les EMMS rencontrent des difficultés en lien avec la mobilité et l'aller-vers qui peuvent limiter leur action d'un point de vue qualitatif comme quantitatif. En effet, l'accompagnement peut être difficile à mettre en place lorsqu'il y a beaucoup de déplacements à faire, que l'on n'a pas l'équipement matériel adapté avec soi, que le lieu de vie de la personne n'est pas idéal. Néanmoins, les équipes font preuve d'adaptabilité dans l'exercice de leurs missions afin de faire au mieux avec les contraintes de l'aller-vers.

B - Pallier les « trous dans la raquette »

Le déploiement des EMMS, bien qu'efficace sur de nombreux aspects, ne couvre pas la totalité des publics potentiellement éligibles au dispositif ni le territoire de Seine-Saint-Denis dans son entièreté. En tentant d'identifier quels sont les « trous dans la raquette », des pistes d'amélioration de l'efficacité globale des EMMS se dessinent.

• Les oubliés de la mobilité

Nous interrogeons d'abord les différentes typologies de public rencontrées en prenant comme critère le lieu de vie de la personne. Ce sont les personnes à la rue qui sont le plus signalées à la régulation, suivies par les personnes mises à l'abri en hôtel 115, puis celles hébergées en structure d'hébergement (**cf. Figure 44**). Dans des proportions moindres, des personnes à l'hôpital, hébergées chez des tiers, en hébergement précaire, en structure Asile ou en hôtel non 115 sont aussi représentées. Une catégorie absente transparaît alors : le logement adapté (résidences sociales, foyers de travailleurs migrants, foyers jeunes travailleurs, pensions de famille).

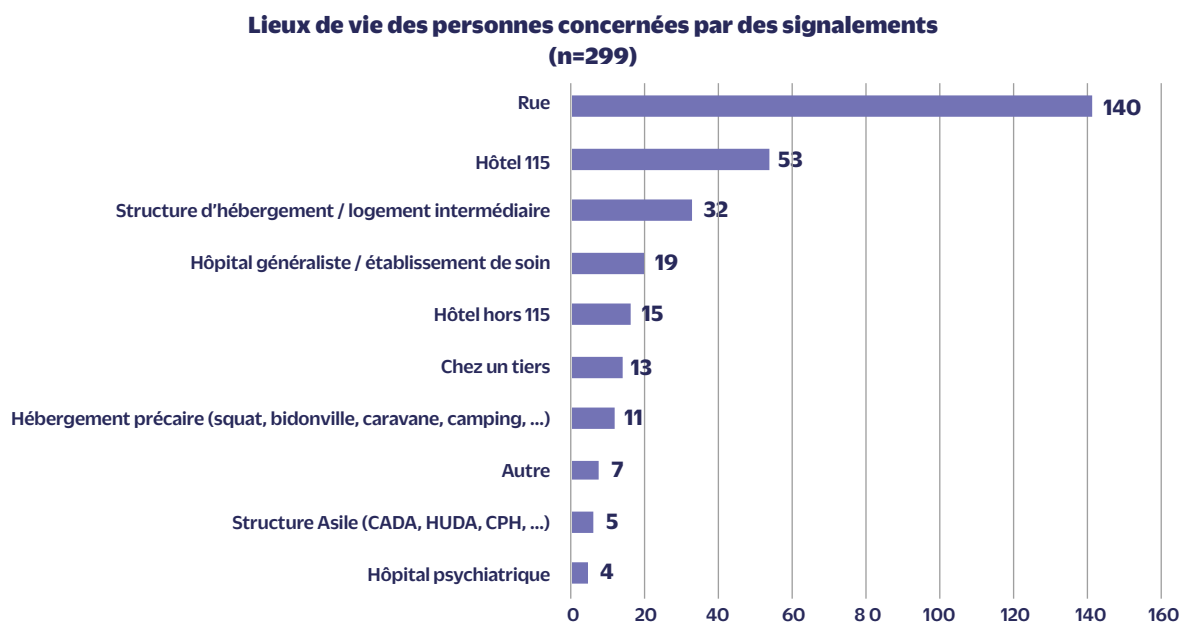


Figure 44 : Répartition des lieux de vie des personnes déclarées par les professionnel-le-s dans les signalements envoyés à la régulation des EMMS en 2023. SOURCE : INDICATEURS RÉGULATION 2023, INTERLOGEMENT93.

La coordinatrice d'une des EMMS remarque également ce manquement, en soulignant la pertinence d'un soutien aux professionnel-le-s de ces structures (citation ci-dessous). Notons effectivement que ces dispositifs, à l'inverse des structures d'hébergement, ne sont pas ou peu dotées en accompagnement social. Les critères d'accès sont plus exigeants, notamment sur le plan de l'autonomie, mais dans le cas d'une dégradation de la situation de la personne un soutien peut être nécessaire. On pourrait alors poser l'hypothèse que les dispositifs de logements adaptés auraient plus besoin des EMMS que les structures d'hébergement, alors même qu'ils en bénéficient moins.

« On a un public qui passe complètement sous les radars et c'est déplorable, je pense qu'il va falloir mettre l'accent sur ce type d'intervention. C'est le public en FTM⁸⁶, résidence sociale, pension de famille. Résidence sociale, en l'occurrence normalement il y a un responsable en situation sociale. [...] Après, dans le constat, ils ne sont pas du tout outillés. Les pensions de famille, c'est pareil : on est censé rentrer dès lors qu'on a un parcours de soins qui est amorcé et, autant que faire se peut, stabilisé. Pour autant, on a certains retours de gestionnaires de pensions de famille qui nous disent qu'effectivement, la situation s'est dégradée à une vitesse très rapide et qu'eux aussi, à nouveau, ne sont pas outillés pour répondre aux besoins de ce type de public. [...] Il n'y a pas d'intervenants sociaux ou alors ils sont en nombre qui n'est pas du tout en lien avec le besoin. Il y a très peu de passages de cabinets libéraux, par exemple. Et puis, il n'y a pas de permanences. » **Coordinatrice d'une EMMS.**

Par ailleurs, hormis les interventions ponctuelles commanditées par l'ARS lors de suspicions d'épidémies, les EMMS interviennent très peu dans les bidonvilles du département, à l'inverse d'autres dispositifs d'aller-vers comme l'équipe mobile de PMI, spécialiste de ce type de lieux. L'infirmière d'une EMMS, interrogée sur les moments complexes qu'elle a pu connaître lors de l'exercice de ses missions, évoque la « *demande d'une intervention sur un camp de personnes roms* » où elle n'était « *pas à l'aise* » et sur lesquels il est « *compliqué d'intervenir seules* ». L'intervention s'était déroulée en binôme, mais sans intermédiaire et

⁸⁶ Foyer de Travailleurs Migrants

sans le partenaire sollicitateur. Pour faciliter ces interventions, il serait pertinent que les EMMS soient accompagnées par des associations ou acteur·ices connaissant déjà les lieux et les personnes. Par ailleurs, une intervention multi-acteurs, commanditée par l'ARS-DD93 lors de l'été 2024, illustre bien comment peut s'opérer la coordination entre EMMS et acteurs spécialistes de ce lieu de vie (Médecins du Monde en l'occurrence). Au-delà de l'exemple des campements, il peut être effectivement pertinent de faire appel à des acteurs spécialisés lors d'interventions spécifiques, comme sur la santé des femmes, la prostitution, les addictions, etc.

Les personnes en logement adapté ou en campement n'ont pas d'accompagnants ou accompagnantes sociales dédiées (à l'inverse des structures d'hébergement ou des accueils de jour par exemple) susceptibles de solliciter l'intervention d'une EMMS. Comme ce dispositif est pensé sur sollicitation d'un·e professionnel·le, il n'intervient finalement qu'auprès des personnes visibles. Améliorer le repérage des besoins dans les lieux sans accompagnement social (personnes hébergées chez des tiers ou à la rue et abri de fortune qui ne fréquentent pas les accueils de jour) serait alors pertinent.

En déplaçant le critère sur l'âge et non plus sur le lieu de vie, d'autres « trous dans la raquettes » peuvent être identifiés. En effet, peu de mineurs isolés sont accompagnés par les équipes. Dans le document de cadrage officiel des EMMS, il est précisé que la prise en charge de ces personnes doit absolument s'articuler avec l'ASE⁸⁷. Il est également indiqué que si les mineurs n'ont pas encore eu de contact avec les services départementaux de l'enfance en danger ou s'ils sont en cours d'évaluation une orientation doit être faite vers un médecin ou sage-femme, qui bénéficierait de dispositions spécifiques pour des prises en charge larges en l'absence d'autorité parentale.

« On n'a pas d'interdiction de travailler avec les mineurs, mais on n'en a jamais accompagné » **Travailleuse sociale, EMMS.**

L'articulation avec l'ASE est identifiée comme point de blocage dans une prise en charge par un partenaire sollicitateur ayant répondu au questionnaire auto administré aux prescripteur·ice·s SIAO : « *Je ne suis pas satisfaite, car ma demande concernait une personne mineure accompagnée par l'Aide Sociale à l'Enfance en rupture par rapport à son accompagnement médical, mais également avec l'ASE. Les ACT hors les murs n'ont pas pu le prendre en charge sans autorisation de l'ASE ce qui est problématique, car il est assez commun qu'un jeune en rupture de soins le soit également par rapport à l'ASE.* » (zone de commentaire libre du questionnaire).

De plus, les personnes âgées sont aussi particulièrement citées par les professionnelles des équipes comme par les partenaires. La problématique ne concerne en revanche pas le fait que ce soit un public « oublié » des EMMS pour qui il y a peu de sollicitations ; à l'inverse, les situations sont toujours particulièrement complexes du fait de la multiplicité des problématiques et du difficile relais avec le droit commun. Ce point sera développé plus loin dans cette partie, II. C).

• Des communes non couvertes ?

Quelle répartition territoriale de l'intervention des EMMS ?

Nous interrogeons à présent la couverture territoriale des EMMS. La carte ci-après (cf. **Figure 45**) représente de façon non-exhaustive les lieux d'intervention des EMMS constatés lors des immersions auprès de ces dernières, et permet de donner une idée de la répartition des actions d'aller-vers des EMMS sur le département. Cette carte met en lumière un déplacement des équipes vers l'est du département, en plus

⁸⁷ Aide Sociale à l'Enfance

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

grand nombre vers le sud-est et un peu vers le nord-est. En comparant avec la carte de l'offre de soins (cf. **Figure 6**) présentée dans la Partie 1. I. B), on constate que les déplacements se superposent à des zones où les dispositifs proposant un accès aux soins aux personnes sans logement sont plus réduits que sur le reste du territoire. Ainsi, le caractère mobile des EMMS permet, dans une certaine mesure, de pallier ce manque relatif.

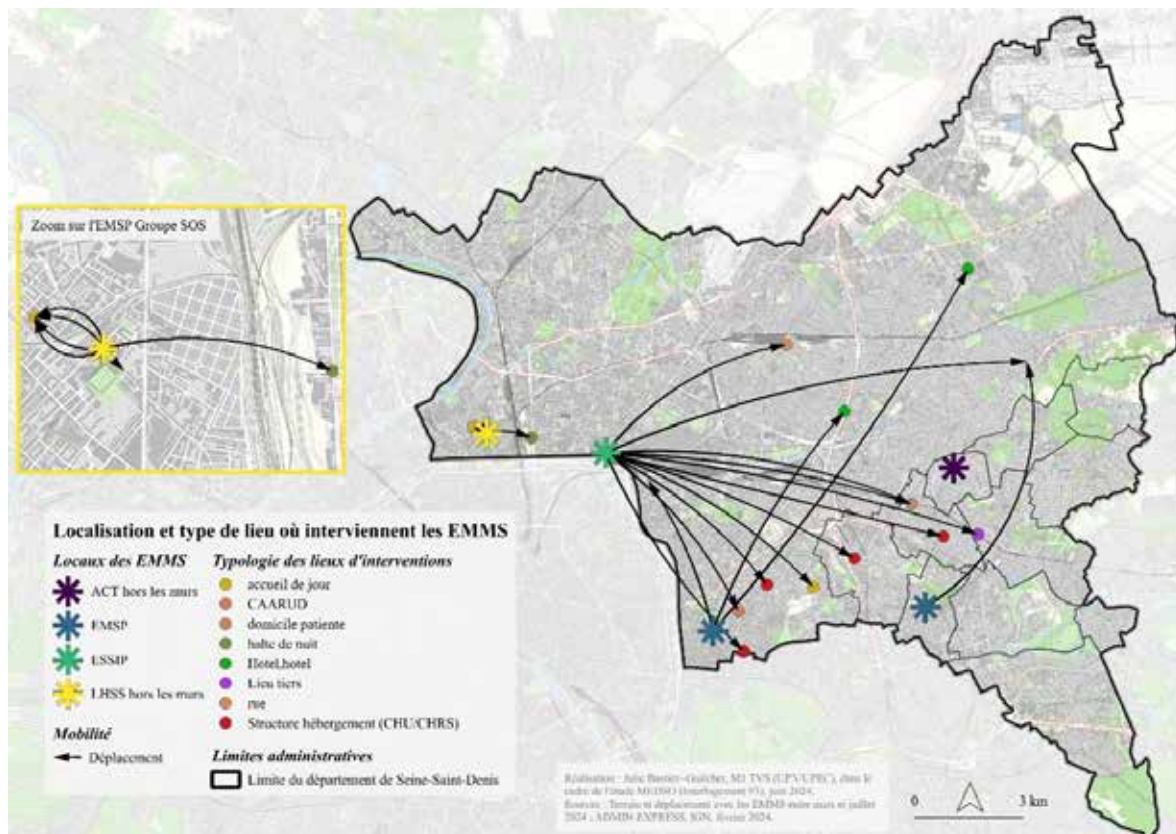


Figure 45 : Lieux d'intervention des EMMS à partir du terrain effectué en immersion avec les équipes de mars à juin 2024 (Réalisation : J. Bastier-Guilcher, juin 2024).

Toutefois, ce constat est à nuancer : la carte ci-dessous (cf. **Figure 46**) présente les localisations des personnes concernées par les signalements envoyés à la régulation des EMMS en 2023, et indique la répartition par commune de ces signalements entre les différentes EMMS. Cette carte nous conduit aux constats suivants :

- sans surprise, l'EMSP du Groupe SOS et l'ACT hors les murs d'Aurore n'interviennent que dans les communes correspondant à leurs secteurs d'intervention : respectivement Saint-Ouen et les communes alentours pour l'EMSP et l'est du département pour l'ACT hors les murs ;
- l'ESSIP accompagne des personnes qui se situent plutôt au centre / est du département tandis que l'EMSP d'Interlogement93 intervient relativement peu à l'est ;
- le LHSS mobile périnatalité et l'EMSP d'Hôtel Social 93 sont représentées dans un grand nombre de communes qui couvrent une grande partie de la Seine-Saint-Denis ;
- la commune de Saint-Denis concentre le plus grand nombre de signalements (58 au total) attribués à toutes les équipes sauf aux ACT hors les murs d'Aurore ;
- 5 communes ne sont concernées par aucun signalement : Coubron, Romainville, Dugny, Le Raincy et Gournay-sur-Marne.

Notons que les personnes signalées par les partenaires solliciteurs se déplacent. L'emplacement indiqué dans le signalement à la régulation, et donc utilisé pour construire la Figure 46, est susceptible de changer pour les personnes ne dépendant pas d'une mise à l'abri durable dans une commune donnée. L'ouest du département, et particulièrement Saint-Denis concentre plus de personnes que l'est, en lien avec l'existence de stratégies de proximité avec des lieux ressources connus (hôpital Delafontaine, accueils de jour, distributions alimentaires...) ou l'emplacement d'hôtels ou de structures, comme évoqué dans la Partie 1, I. B).

Il semble logique que les EMMS ne soient pas intervenues dans 3 des communes non couvertes citées ci-dessus puisqu'elles ne comportent pas d'hôtels 115 ou de structures d'hébergement, et sont principalement résidentielles (habitat individuel) ou composées de forêts ou de milieux semi-naturels et artificialisés (*cf. Annexe 8*). En revanche, ce n'est pas le cas pour Le Raincy et Romainville qui apparaissent comme des « zones blanches » non couvertes par les EMMS de Seine-Saint-Denis.

En 2024, 8 communes ne sont concernées par aucun signalement : Coubron, Dugny, Gournay-sur-Marne, le Bourget, le Pré-Saint-Gervais, le Raincy, les Lilas et Noisy-le-Sec. Ce sont principalement les mêmes communes qu'en 2023 qui concentrent le plus de signalements (Montreuil, Saint-Denis et Rosny-Sous-Bois).

Les « zones blanches » 2023-2024 qui se dégagent sont ainsi : le Raincy, Romainville, le Bourget, le Pré-Saint-Gervais, les Lilas et Noisy-le-Sec.

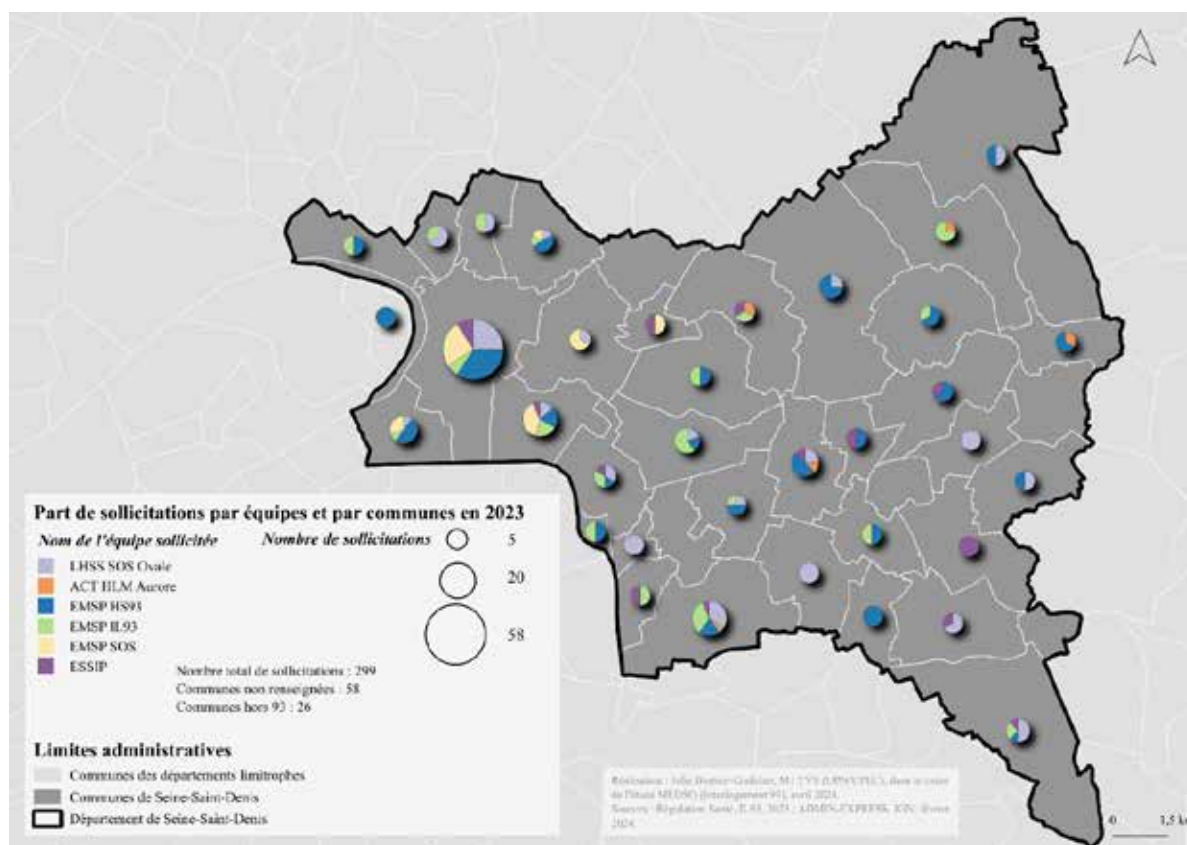


Figure 46 : Répartition des personnes concernées par des sollicitations à la Régulation santé par commune et par équipes en 2023 (Réalisation : J. Bastier-Guilcher, avril 2024)

Mise en perspective de l'intervention des EMMS avec l'offre médico-sociale et les recherches « santé » Soliguide

La Figure 47 met en perspective la répartition des personnes concernées par les signalements à destination de la régulation des EMMS en 2024⁸⁸ avec un ensemble divers de structures du sanitaire, du médico-social et du social (déjà présents sur la Figure 6 dans la Partie 1). La Figure 48 illustre quant à elle la même donnée sur les personnes concernées par les signalements reçus en 2024, superposée cette fois-ci avec le nombre de recherches dans l'outil Soliguide pour la catégorie « santé », faisant office de proxy pour estimer indirectement la répartition des potentielles personnes en demande d'une EMMS (comme présenté dans la Partie 1 I. B).

Il ressort de la Figure 47 que la concentration des personnes concernées par des signalements aux EMMS correspond en partie à la concentration des structures du médical et du social, particulièrement à l'ouest du département (Montreuil, Saint-Denis, Aubervilliers, la Courneuve, Bobigny, Rosny-Sous-Bois, Saint-Ouen, Pantin), mais aussi pour certaines communes plus à l'est (Sevran, Aulnay-sous-Bois, Bondy). Ainsi, les zones où les EMMS interviennent le plus ne sont pas les zones les plus dépourvues d'offre médico-sociale. Cela fait sens puisque les signalements émanent de professionnel-le-s : il faut que des structures soient présentes pour que des signalements soient émis. Dans ce sens, on pourrait attendre de certaines communes plus de signalements par rapport à l'implantation de structures sanitaires ou sociales, comme Stains, Pierrefitte-sur-Seine, Drancy.

La capacité à accompagner les personnes vers le droit commun semble alors territorialement construite du fait du fonctionnement 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. Cependant, cette dynamique auto-renforçante n'est pas inefficace puisque les communes concernées sont souvent celles qui concentrent aussi les personnes susceptibles de recourir au dispositif (estimées à partir des recherches dans Soliguide), du fait de la concentration des lieux d'aide et de mise à l'abri, comme on le voit sur la Figure 48.

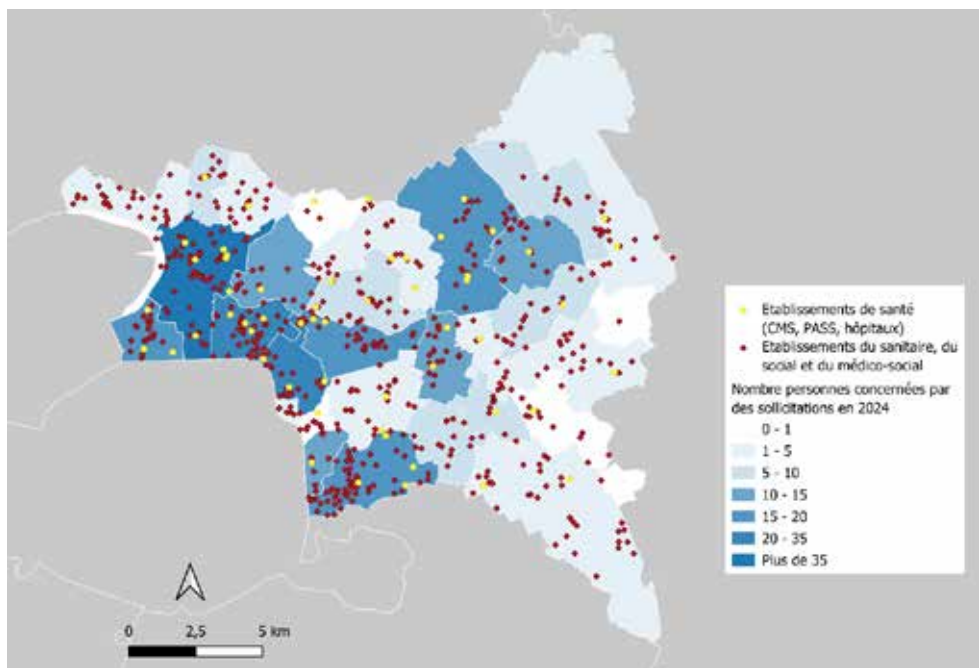


Figure 47 :
Mise en perspective des personnes concernées par des signalements transmis à la régulation des EMMS en 2024 et de l'offre médico-sociale de Seine-Saint-Denis.
SOURCES :
FINESS 2024, ARS ÎLE-DE-FRANCE 2023,
DONNÉES DE LA RÉGULATION 2024.
RÉALISATION : P. MARY.

⁸⁸ Information disponible pour 377 signalements sur 379 reçus par la régulation en 2024.

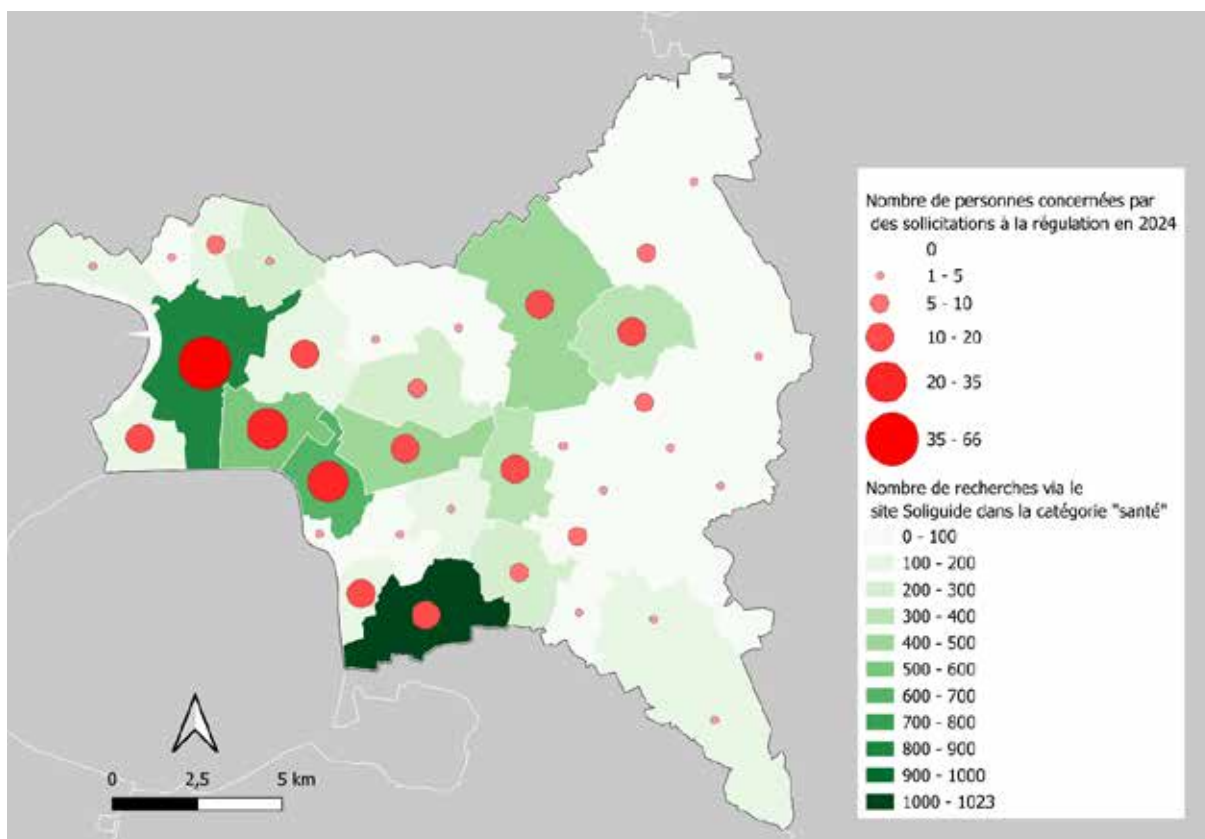


Figure 48 : Mise en perspective des personnes concernées par des signalements transmis à la régulation des EMMS en 2024 et des recherches « santé » Soliguide. SOURCES : SOLIGUIDE 2023, DONNÉES DE LA RÉGULATION 2024. RÉALISATION : P. MARY.

• Quelques pistes d'amélioration

Il est ressorti des entretiens avec les professionnelles des EMMS plusieurs souhaits d'améliorations concrètes. Nous en retranscrivons ici une partie, le reste apparaissant à d'autres endroits du rapport.

La question de la composition des équipes est revenue à plusieurs reprises. L'équipe Ovale spécialisée périnatalité souligne la valeur ajoutée qu'apporterait la présence d'un-e psychologue et d'une éducatrice de jeunes enfants. Le souhait d'être en capacité de proposer des activités pour les enfants est effectivement exprimé, posant alors la question de l'orientation vers des projets de ce type dans le droit commun. L'ESSIP explique quant à elle qu'avoir un-e travailleur·se· social·e permettrait de débloquer la situation administrative des personnes accompagnées.

Outre le rajout de nouvelles professions, le besoin de plus d'équivalent temps plein (ETP) des postes déjà existants est exprimé par certaines équipes : avoir un-e travailleur·se· social·e à temps plein pour une EMSP, ou développer une troisième équipe interne pour l'ESSIP pour mieux se répartir le territoire.

Ainsi, une réflexivité s'observe chez les professionnelles des équipes qui questionnent les façons d'améliorer la mise en œuvre de leurs missions sur différents aspects, notamment sur la composition des équipes. De plus, l'analyse montre qu'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).

C - Un « pansement sur une jambe de bois »

Jusqu'à présent nous avons questionné l'efficacité du dispositif des EMMS, en montrant comment il remplissait ses objectifs, en mesurant la satisfaction des différentes parties prenantes et en identifiant les points d'amélioration concernant la couverture des besoins. Cependant, la pertinence de l'existence même du dispositif a été questionnée lors des échanges avec les différent-e-s professionnel-le-s, notamment concernant la difficulté à rapprocher les personnes du soin et à faire avancer leurs démarches sociales alors même qu'il n'y a pas de perspectives d'hébergement. En effet, le secteur de la mise à l'abri, de l'hébergement et du logement est saturé, ainsi que le secteur médical (92,8 % des habitants de Seine-Saint-Denis résident dans des zones classées en intervention prioritaire, la catégorie la plus prononcée de déserts médicaux⁸⁹), hospitalier et social⁹⁰. Les listes d'attente pour obtenir un suivi social, pour les personnes correspondant aux critères, sont extrêmement longues par rapport au niveau de détresse des personnes. À la problématique de la saturation du droit commun s'ajoute la discrimination dont peuvent être victimes les personnes sans logement (en raison de leur statut résidentiel, de leur couverture en santé⁹¹, de leur origine ou de leur situation économique⁹²) par les travailleuses et travailleurs du droit commun.

Ces éléments constituent un obstacle difficilement contournable à l'objectif de raccrochage vers le droit commun des EMMS, ainsi que d'autres dispositifs d'aller-vers⁹³, questionnant le sens du travail des professionnelles. De fait, il est légitime de s'interroger sur l'orientation des financements vers des dispositifs censés faire office d'intermédiaires entre certains publics et le droit commun, alors même que ce dernier se voit de plus en plus fragilisé par les choix politiques.

• Comment soigner et accompagner quand il n'y a pas d'hébergement ?

Nous avons évoqué précédemment la frustration parfois ressentie par les professionnelles des EMMS vis-à-vis de l'exercice de leurs missions (Partie 4, I. A) en lien avec la difficulté de certaines personnes à s'emparer des différentes problématiques sanitaires qu'elles rencontrent. Au-delà de l'échelle de l'adhésion individuelle, les professionnelles s'accordent sur la difficulté à accompagner les personnes à la rue dans un contexte où la probabilité de trouver, non pas un logement, mais une simple solution temporaire de mise à l'abri, est extrêmement faible⁹⁴.

Les professionnelles soulignent le sentiment d'impuissance face à la saturation des dispositifs de mise à l'abri et d'hébergement d'urgence ou les mauvaises conditions d'accueil de ces lieux, ainsi que la difficulté à annoncer l'absence de solution aux personnes :

« Cette sensation de frustration, elle est quand même assez présente. Après, je pense que ça dépend de chaque professionnel, en tout cas moi, il y a des fluctuations, mais oui, elle est très présente. [...] C'est frustrant et même si on n'a pas d'action sur ça, quand quelqu'un te demande un logement et que t'as pas de réponse, oui je sais que c'est pas notre travail, mais ça reste frustrant quand même. On est humain... » **Travailleuse sociale, EMMS.**

⁸⁹ ARS 2022.

⁹⁰ Peu de données existent au niveau départemental, mais les acteurs et actrices de terrain remontent dans la quasi-totalité des difficultés à trouver des travailleuses et travailleurs sociaux disponibles pour de nouveaux suivis. À titre d'exemple, la PASH 93, censée accompagner les ménages en long séjour à l'hôtel sur le département, n'a pu rencontrer que 48 % des 3 551 personnes éligibles en 2023, et seules 29 % disposaient d'un accompagnement social de droit commun.

⁹¹ Les bénéficiaires de l'AME sont victimes de discriminations lors d'une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes (Papuchon, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État ».)

⁹² Une forte discrimination liée à la vulnérabilité économique auprès de dentistes, gynécologues et psychiatres est observée, ainsi qu'une discrimination, moindre, liée à l'origine dans certaines situations (« Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales ». Défenseurs des droits, 2019).

⁹³ Cela a été étudié pour les EMPP, en lien avec la saturation des dispositifs de droit commun en psychiatrie (Mounier 2024, « Réparer les vivants et le lien social : les démarches d'aller-vers en santé mentale » rapport individuel d'expertise, INSP).

⁹⁴ En 2023, 95 % des nouvelles demandes de mise à l'abri ont conduit à une réponse négative de la part du 115-93 (SOURCE : RAPPORT D'ACTIVITÉ 2023 INTERLOGEMENT93).

« Déjà, les écoutants 115, je pense que ça doit pas être simple de devoir dire à quelqu'un 'On n'a pas de place, désolé' mais en plus, de les rencontrer et de leur dire en pleine face 'Non, on n'a pas de solution', c'est assez violent. » **Sage-femme, EMMS.**

« On a une vraie frustration à gérer sur le fait de laisser les gens là où ils sont : dans leur voiture, dans un hôtel infesté de punaises de lit... Je me demande pourquoi ne pas avoir des places dédiées au SIAO pour les cas les plus fragiles. Là où va dormir la personne c'est ce qui importe le plus, c'est tellement lié à la santé. » **Travailleuse sociale EMMS**

De ce fait, les professionnelles questionnent l'adéquation de la prise en charge avec les besoins des personnes qui pour la plupart souhaiteraient travailler en priorité la question de l'hébergement et dont les conditions de vie à la rue affectent la santé physique et mentale (ce lien est développé dans la Partie 3 A).

« Clairement, on ne les prend pas en charge comme on devrait les prendre en charge. Parce que quand on vient d'un parcours migratoire et qu'on a de multiples traumatismes, il faudrait d'abord se poser, et ça veut dire avoir un logement, pour pouvoir travailler sur ces problématiques. Et, quand on n'a pas de logement et que sa priorité première, c'est trouver à manger, trouver un carton ou ne pas avoir froid la nuit, on ne peut pas travailler sur ses traumatismes. En ne permettant pas à ces femmes de se poser, on crée de la pathologie. » **Sage-femme, EMMS.**

« C'est le toit qui est une priorité, c'est manger. Mais tant qu'il n'y a pas de toit, on le voit bien, les personnes se dégradent. Elles deviennent complètement déprimées. » **Infirmière, EMMS.**

« Le public cible là c'est la grande précarité et on sait que les personnes ne vont pas être logées, donc ça aggrave les situations sanitaires. Et le nombre de personnes en rue explose en Seine-Saint-Denis donc ça aggrave les situations. » **Coordinatrice / régulatrice des EMMS du 93.**

Faire face à l'absence d'hébergement, et particulièrement à l'absence de perspective d'hébergement, c'est être confronté à une défaillance du circuit que l'on peut imaginer comme allant de pair avec l'intervention d'une EMMS : avancement des problématiques d'autonomie par rapport aux soins et par rapport aux problématiques sociales qui impliquent souvent le besoin d'hébergement. Une autre défaillance de ce circuit est le manque de relais, plus seulement sur la question de l'hébergement, mais des partenaires en général.

• **Le manque de relais dans le droit commun**

« Aller vers, c'est bien mais orienter vers où ? » **Professionnelle de santé d'une association partenaire.**

Une des principales missions des EMMS, nous l'avons dit, consiste à accompagner les personnes pendant une durée donnée jusqu'à la réorientation auprès de partenaires quand c'est nécessaire. Mais cette place de « passeuse de relais » est fortement mise à mal par la saturation des dispositifs avec lesquels collaborent les équipes et force au « système D ».

L'idée serait d'orienter alors que là c'est 'on vous a vu, mais restez là où vous êtes' » **Coordinatrice, EMMS.**

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

En effet, la difficulté à trouver des relais favorise l'apparition de problématiques importantes. D'abord sur la question de l'accompagnement social où les EMMS ne sont pas censées effectuer de suivi sur le long terme, il ressort qu'« *il y a très très peu de relais social dans le 93* » (sage-femme, EMMS). Il en va de même du côté du médical : l'ESSIP est par exemple confrontée à un manque notable de professionnel-le-s disponibles pour prendre le relais médical de personnes avec des droits ouverts et qui relèveraient ainsi du droit commun. Cela peut conduire à l'allongement des durées de prise en charge (cf **Partie 1. II. C**).

« *Des fois les gens ont des droits, mais on ne trouve pas d'infirmière libérale qui accepte de faire du nursing et des pansements donc on le prend en charge. On est obligées de continuer alors que ce serait possible ailleurs. Il n'y a pas d'aides-soignantes libérales car elles doivent toujours être sous responsabilité libérale. On ne peut pas laisser ces personnes-là, il n'y a personne pour eux.* » **Infirmière coordinatrice, EMMS.**

Cette problématique s'observe aussi pour les acteurs de la psychiatrie vers lesquels il est compliqué d'orienter alors même que les problématiques de santé psychique concernent une très grande proportion des personnes accompagnées⁹⁵. Les listes d'attente des CMP présentent des délais extrêmement importants, la pénurie de psychiatre est avérée et les EMPP sous-dimensionnée :

« *Les EMPP sont sous dimensionnées en termes d'effectif en vue du territoire. Il y a beaucoup de sollicitations au moment de l'urgence, or les urgences psy sont saturées ce qui complexifie la prise en charge du public précaire. La psychiatrie est tellement en souffrance, et en Seine-Saint-Denis encore plus. Le choix a été fait de faire de l'ambulatoire sur la psychiatrie du coup il y a très peu de places en hospitalisation.* » **ARS-DD93.**

« *Les EMPP sont débordées, souvent il n'y a pas de problème somatique, mais des problèmes psy. On ne sollicite pas les EMPP car on a 2 psys ici. Il y a un gros problème au niveau de la psychiatrie en France. Il suffirait de régulariser les médecins, les psychiatres, les infirmiers étrangers. Les équipes sont en détresse dans l'AHI avec des personnes qui délirent. Ça peut être très paniquant pour elles.* » **Coordinatrice, EMMS.**

« *Il y a des situations où il n'y a plus besoin d'infirmière et du coup il ne reste que moi en référente psy. C'est pour pallier parce que j'ai fait les orientations en CMP, mais ça prend plusieurs mois ou années.* » **Psychologue, EMMS.**

Sur le plan de l'hébergement, la saturation des structures de soins résidentiels, en plus de celle des dispositifs AHI, qui seraient beaucoup plus adaptées à de nombreuses personnes accompagnées par les EMMS que leurs lieux de vie actuels, désole les professionnelles :

« *Ils ont prévu de refaire la salle de bain, ce sera plus pratique pour la toilette. Mais en fait ce n'est pas adapté au monsieur là-bas, et en même temps il n'y a nulle part où l'orienter.* » **Aide-soignante, EMMS.**

Cette saturation, et donc les difficultés à orienter, s'explique par une offre insuffisante sur le territoire :

⁹⁵ Comme indiqué dans la Partie 3 I. A), les problématiques psychiatriques ou troubles du comportement sont la deuxième problématique de santé identifiée par les partenaires sollicités dans les signalements transmis à la régulation des EMMS en 2023, derrière les questions liées à la grossesse ou la périnatalité.

« Je fais beaucoup d'orientations vers des LHSS, ACT, LAM, mais il y a peu de turn-over et peu de places. Je n'ai jamais vu d'entrée dans un LAM, il n'y a pas de place et pas de turn over. C'est un vrai manquement sur le territoire. » **Directrice de service social hospitalier en Seine-Saint-Denis.**

« On a la même réflexion sur les DAC. On pallie quelque chose, mais dans mon idéal les EMMS repèrent, orientent et ont des solutions d'aval. En réalité il n'y a pas de place en LAM, LHSS, ACT, et plus largement sur l'AH. Toute cette fluidité est bloquée, et c'est la même question pour les 'bed blockers'⁹⁶ hospitaliers. Même si les équipes marchaient très très bien il y aurait toujours le blocage d'après. » **ARS-DD93.**

Il ne s'agit pas d'une problématique propre aux EMMS, les autres dispositifs qui ont vocation à ramener les gens vers le droit commun sont confrontés aux mêmes difficultés, les EMPP ou l'équipe mobile de PMI par exemple qui a « beaucoup de mal à ramener vers un droit commun en difficulté » (salariée de l'équipe mobile de PMI). De même, ces points de blocages s'observent aussi pour les EMMS des autres départements où il y a aussi un « manque de relais sur le médical et le social » (coordinatrice des EMMS d'un autre département).

Le cas des personnes âgées : l'absence quasi-totale de relais ou l'illustration d'un impensé des politiques publiques

Le terrain de l'étude permet de mettre en lumière l'absence de solution pour les personnes âgées sans logement, ce qui complique fortement l'accompagnement, d'autant plus quand la personne est allophone ou en situation administrative irrégulière. Les professionnelles interrogées témoignent du détournement de dispositifs comme les LAM ou LHSS pour ces personnes, mais qui sont-eux même sursaturés. De nouveaux soutiens apparaissent sur cette question, comme la mission Interface⁹⁷ ou les EMMS, mais ne permettent pas de solution durable puisque le réel problème se situe dans l'absence de relais de droit commun. Ce public fait face à des pertes de mémoire, de la sénilité, des problèmes de mobilité et une intensification des pathologies somatiques. Cela bloque les orientations pour les professionnel-le-s qui cherchent à accompagner ces personnes vers des solutions plus adaptées que les structures d'hébergement, l'hôtel 115, la rue.

« Les personnes vieillissantes restent de plus en plus longtemps dans les structures, avec des états qui se dégradent. On a une réflexion en cours avec l'ARS, mais pour l'instant c'est souvent du cas par cas. Parfois ça représente jusqu'à 70 % des gens dans la structure. Le personnel n'est pas équipé. » **DRIHL 93.**

« Je peux être amenée à contacter les équipes pour des publics seniors parce que c'est toujours compliqué. » **Assistante sociale, association de Seine-Saint-Denis.**

Cependant, bien que les EMMS accompagnent ces personnes, elles n'ont pas de solutions vers lesquelles se tourner du fait d'une absence d'offre et se retrouvent « bloquées ».

« Les personnes vieillissantes, on n'arrive pas à les faire sortir des hôtels ou des structures. Déjà en situation régulière c'est compliqué, mais irrégulière il n'y a pas de solution. L'EMSP a beau faire tout ce qu'il faut, il n'y a pas de lieu adapté. Alors que les pertes d'autonomie sont très importantes. C'est aussi très compliqué pour l'accompagnement social, les services de tutelles sont complètement saturés et ne répondent pas. On ne peut pas pallier ce problème. » **EMSP du 95.**

« Les personnes âgées en précarité, qu'il y ait des papiers ou pas, c'est très compliqué, avec des parcours d'errance depuis des années, qui prennent de l'âge et pour lesquelles on ne sait pas comment orienter. Ils ne sont pas forcément encore assez âgés pour l'EHPAD, les résidences autonomie c'est pas adapté... C'est un public pour lequel il y a peu de choses existantes. » **Responsable du service social d'un hôpital de Seine-Saint-Denis.**

⁹⁶ Expression utilisée par des financeurs et certains médias pour qualifier les personnes qui occupent des lits d'hôpitaux alors qu'elles n'ont plus besoin de soins hospitaliers mais n'ont pas de lieux où se rendre.

⁹⁷ La mission Interface est un dispositif du Samusocial de Paris qui vise à accompagner les personnes âgées ou en situation de handicap, et sans abri, vers des logements adaptés ou des structures médico-sociales.

• « L'utopie de la passerelle » ou comment pallier un système défaillant

« La passerelle c'est de l'utopie » Chef-fe de service d'un accueil de jour du 93.

Les EMMS sont censées tenir lieu de trait d'union entre les personnes les plus exclues du soin et le droit commun. Or, nous avons montré que le manque de relais, tant sur le plan de l'hébergement que social ou médical, compromet cette position. Dans cette situation, le risque apparaît de garder les personnes sans logement auprès de professionnel-le-s spécialisé-e-s et de constituer une sorte de circuit parallèle « spécifiquement à destination des plus précaires ». C'est justement ce que souhaitent éviter financeurs et porteurs de projet, en pensant en amont d'éviter la création d'un circuit d'accès aux soins moins qualitatif.

« Le PRAPS affronte la question du parcours de soin parallèle depuis toujours. C'est pour ça qu'on ne veut pas de suivi de long cours, pour éviter ça. Le but c'est de créer des passerelles. Mais on sait que le droit commun n'absorbe pas. Dire ce n'est qu'une passerelle c'est de l'utopie parfois aussi. » ARS Île-de-France.

« La condition pour qu'on réponde [à l'appel à projet], c'était notamment qu'on ne fasse pas de soin direct puisqu'on ne voulait pas que ce dispositif soit déployé en concurrence avec le droit commun. On voulait que ce soit un dispositif qui s'insère dans ce qu'on peut appeler des facilitateurs d'accès au droit commun » Membre de la direction IL93

Il y avait néanmoins une crainte des antennes de l'État sur le fait qu'à force de vouloir éviter un circuit d'accès aux soins parallèle en coordonnant les parcours de soins plutôt qu'en soignant directement, il n'y ait plus assez de personnes qui soignent.

« On a eu la crainte à un moment que tout le monde coordonne, mais que personne ne fasse. Mais finalement ça va, ça s'équilibre plutôt bien. » ARS-DD93.

« S'il y a des postes à rajouter on préférerait uniquement des postes sur le terrain plutôt que de la régulation. Parfois on a beaucoup de gens pour coordonner, mais peu pour faire. Une question qu'on se pose par rapport aux DAC c'est : la coordination n'a pas de sens, n'aboutit pas s'il n'y a pas de solution. » Coordinatrice, EMSP d'un autre département d'Île-de-France.

Cette crainte est particulièrement légitime dans un contexte où le droit commun est saturé et où les possibilités de soins ou de consultations se trouvent principalement auprès de dispositifs spécifiques. Par exemple, du fait des difficultés à trouver des médecins traitants pour leurs patients et à force de « courir après les prescriptions », une professionnelle de l'ESSIP explique demander au médecin de l'EMSP (qui appartient au même groupement associatif) de « dépanner des prescriptions pour les prises en charge de soin et pour les renouvellements de traitement ».

Cependant, la crainte d'un circuit parallèle ou d'un « manque de personnes qui font » est d'autant plus probable qu'une grande partie des dispositifs de droit commun sont affaiblis et connaissent des baisses de financement. En effet, la saturation du droit commun, est elle-même liée au manque de moyens, conséquence de choix politiques. En effet, les actrices et acteurs interrogé-e-s constatent un manque de professionnel-le-s et de moyens qui touche tous types de structures et d'institutions, et notamment les partenaires des EMMS.

Les professionnelles des EMMS soulignent la nécessité de renforcer les moyens actuels au sein des dispositifs de droit commun : les structures de soins résidentiels, les dispositifs d'hébergement et de logement ainsi que les hôpitaux et administrations. Lors des entretiens, des personnes interrogées ont pu faire part de leurs incompréhensions face à certaines décisions politiques qui impactent directement la qualité du travail réalisé au sein d'une EMMS.

« On propose une action un peu ponctuelle, avec un peu d'argent, alors qu'il faudrait plus de LHSS, LAM, ACT avec plus de moyens. » **Coordinatrice, EMMS.**

« Le manque de professionnels aussi, c'est flagrant. Il n'y a pas assez de travailleurs sociaux, que ce soit dans les équipes mobiles, mais aussi dans les CHU, enfin partout, dans les administrations, les préfectures, même dans les hôpitaux. Ça devient de plus en plus compliqué. Le manque de moyens aussi » **Travailleuse sociale, EMMS.**

« La solution c'est, au lieu d'aller dépenser 1 000 000 d'euros pour nettoyer la Seine, faites des hébergements quoi. Moi, ça me rend dingue. On peut pas continuer comme ça, c'est pas possible. » **Travailleuse sociale, EMMS.**

« Je dirais que ces difficultés sont plutôt régionales et nationales que départementales. On n'a pas la main dessus, par exemple des dispositifs qui n'existent pas pour certains publics, ça dépend des politiques publiques. Il y a aussi la difficulté du manque de places dans les structures du médico-social, et le fait que des personnes ne sont éligibles à rien parfois en raison de leur pathologie, d'un handicap ou de l'âge. Il y a aussi le sujet du recrutement de professionnels de santé et des travailleurs sociaux qui n'aide pas non plus... » **Coordinatrice / régulatrice des EMMS du 93.**

Il ressort aussi des entretiens le besoin de renforcer le droit commun et de soutenir l'existant, plutôt que de financer des associations et des dispositifs comme les EMMS qui viennent faire office de « pansement » :

« Dans certaines villes, au niveau associatif, c'est très complet, mais au CCAS, c'est une catastrophe, il n'y a personne. [...] On sent que les associations tiennent beaucoup quand même » - **Travailleuse sociale, EMMS.**

« Ça a été entendu par certains, mais comme il y a des financements dans le Ségur de la santé mesure 27, c'est plus simple de créer ce genre de dispositifs que de convaincre les acteurs de droits communs, comme les hôpitaux, de mieux prendre en charge les publics précaires. On est un peu en compensation d'un système de soin qui se retrouve en difficulté, qu'on vient compenser avec des dispositifs annexes au lieu de renforcer les dispositifs de droit commun. On a un agrément pour 15 ans donc c'est quand même une création dans la durée alors que d'autres auraient pu être renforcés. » - **Responsable de pôle, association porteuse d'une EMMS.**

« Ces histoires d'équipes mobiles c'est intéressant, mais ça fait un peu vitrine. Ça fait joli sur le papier [...] Ces dispositifs sont intéressants, mais ne correspondent pas aux besoins. Ça pourrait bien fonctionner si le service public n'était pas tant en péril. » - **Coordinatrice d'une EMMS d'un autre département francilien.**

Partie 4 Apports, défis et perspectives : réflexion sur la mise en place des EMMS en Seine-Saint-Denis

Dans l'idéal, ce dispositif serait temporaire et « *existerait seulement un peu et disparaîtrait une fois que tout le monde a accès au droit commun* » (coordinatrice régulatrice des EMMS du 93), mais le contexte exposé laisse à penser le contraire. Les personnes travaillant à l'ARS interrogées ont conscience de toutes les problématiques structurelles qui entourent le dispositif. Il est cependant souligné que les EMMS ont malgré tout le mérite d'exister et qu'elles peuvent agir à leur échelle.

« On spécialise beaucoup trop nos dispositifs, ce que je souhaite c'est que ces équipes soient là à titre temporaire pour inscrire les personnes dans le droit commun. En réalité c'est plus compliqué. À quand le droit commun pour toutes les personnes ? Mais on va quand même réussir à avancer sur des petits trucs. En tout cas ça montre qu'on a enfin compris que les dispositifs médicaux-sociaux sont insuffisants, que les publics en rue ou en hébergement il faut aller les chercher pour les inscrire dans un parcours de soins. Je suis quand même contente qu'on soit arrivé à ça : ça évite qu'on sorte des gens de leur structure pour aller en ACT, ça permet de limiter les fins de prises en charge, d'aller chercher les gens sur le soin, car ce n'est pas la priorité quand on est à la rue. » **ARS-DD93.**

« Chaque coup donné à l'AME c'est un frein sur ce sujet-là. Il y a encore des préjugés et de la stigmatisation... [...] Malheureusement on n'en est pas encore à penser que la régularisation lèverait beaucoup de freins. On apporte ce sans quoi il n'y aurait même pas de tentative d'accès au droit commun. Alors autant prendre l'option qui donne la chance que quelque chose bouge. » **ARS Île-de-France.**

« C'est un peu un 'pansement sur une jambe de bois' compte tenu du volume, mais ça a tout de même le mérite d'exister car ça met en lumière les trous dans la raquette. Ce n'est pas parfait mais ce n'est pas si mal non plus. On pourrait traiter beaucoup plus de situations, mais il y a le même problème de place partout dans le médico-social. On a le mérite d'exister, il faut voir dans les années à venir quelle direction ça prend, on est un peu 'à la croisée des chemins'. » **Coordinatrice, EMMS.**

Conclusion de la Partie 4

L'apport des EMMS pour les personnes accompagnées est incontestable : nous l'avons objectivé à l'aide du questionnaire du cycle de suivi et les entretiens confirment la création d'un lien précieux lors de l'accompagnement. Il est de plus confirmé par les autres parties prenantes, les partenaires d'abord, qui bénéficient d'un réel soutien de la part des équipes et les professionnelles des EMMS elles-mêmes. Cette efficacité s'explique par le caractère novateur, mobile, flexible et pluridisciplinaire des équipes. Cependant la portée de l'action des EMMS se voit limitée par les difficultés liées à la mobilité d'une part, du fait de nombreux déplacements, de lieux de vie souvent inadaptés aux rendez-vous ou aux soins à domiciles et de l'absence d'équipement réellement transportable pour entamer des démarches. Néanmoins, la gestion de ces problématiques logistiques permet de témoigner de la flexibilité et de l'adaptabilité des EMMS. En raison de ces difficultés, auxquelles s'ajoutent la question de la maîtrise du dispositif par l'ensemble des partenaires et l'absence de solutions pour certains publics, nous identifions quelques « trous dans la raquette » sur le plan des publics et des zones géographiques. À cela s'ajoute le contexte politique global qui entoure l'action des EMMS et qui la limite ainsi que leur efficacité. En effet, les équipes ne peuvent pas remplir correctement leur rôle de « passerelle » vers le droit commun puisque ce dernier est saturé. Les professionnelles des EMMS sont confrontées au manque de relais dans tous les secteurs, concernant le système de soins comme l'accompagnement social, et l'absence de solutions d'hébergement adaptées aux problématiques des personnes pose de fortes difficultés lors de l'accompagnement. Il est alors légitime de s'interroger : pourquoi financer un système censé ramener vers le droit commun plutôt que de renforcer les organisations publiques de soins et d'accompagnement social sur le plan du personnel, de la formation à l'accueil des publics sans logement et de la capacité à prendre en charge un grand nombre de personnes ?

A - Conclusion générale

Placer la focale sur les EMMS de Seine-Saint-Denis, dispositif « d'aller-vers », pluriprofessionnel et récent, met en lumière les enjeux cruciaux liés à l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité et sans logement. Favoriser l'accès aux soins ne peut s'opérer sans la compréhension des parcours de soins et particulièrement du non-recours aux soins. L'étude souligne de plus la nécessité d'inscrire ces équipes mobiles dans un contexte territorial marqué par des inégalités sociales et sanitaires fortes, tout en tenant compte des dynamiques institutionnelles et des partenariats qui structurent leur intervention. En effet, **le travail en réseau constitue un pan majeur de la réalisation des missions des EMMS**, qu'il s'agisse de l'organisation de la sollicitation du dispositif comme de l'articulation d'accompagnements simultanés auprès d'une même personne.

Les résultats montrent que les EMMS apportent une véritable plus-value aux différentes actrices et acteurs du territoire. L'impact de leur intervention sur les personnes accompagnées est objectivement mesurable, tant en termes d'amélioration des parcours de soins que d'autonomisation des bénéficiaires. De plus, les retours des personnes accompagnées et des partenaires sont particulièrement positifs, soulignant le rôle essentiel des EMMS dans la création d'un lien fortement valorisé, l'accès aux soins et l'avancée de problématiques administratives. **La pluridisciplinarité, la mobilité et la capacité d'adaptation des équipes apparaissent comme des éléments déterminants de leur efficacité.**

Si les EMMS démontrent une réelle plus-value en matière d'accompagnement global et décroisé, leur mise en œuvre rencontre des limites opérationnelles, qu'il s'agisse des contraintes logistiques, de la couverture territoriale ou des relais institutionnels disponibles. **L'efficacité de ces équipes dépend ainsi fortement de leur capacité à s'intégrer dans un écosystème médico-social fragmenté et saturé, ce qui interroge sur les moyens alloués aux dispositifs du droit commun.**

Au-delà de l'évaluation des EMMS, cette recherche-action interroge donc plus largement la politique d'accès aux soins pour les plus précaires en France. 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. La pérennisation des EMMS et leur efficacité future dépendront ainsi non seulement de leur capacité à continuer à s'adapter aux réalités de terrain, mais aussi d'une volonté politique plus large de renforcer les structures de droit commun afin d'offrir une prise en charge durable et accessible à toutes et tous.

B - 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 ces dispositifs cibles des EMMS.
- **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 offre médicale et médico-sociale**.
- Veiller à adapter régulièrement les **territoires d'intervention en fonction de l'évolution des besoins**.
- Pensez 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-signallement** aux sollicitateurs 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 qu'ils reposent moins sur les relations interpersonnelles 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, etc.).

5 Alléger les difficultés opérationnelles des EMMS

- **Développer l'outil commun Ariane Santé** pour qu'il corresponde aux besoins des équipes et qu'il soit mieux renseigné. Permettre le stockage sécurisé en ligne de documents, rajouter des items en fonction des besoins des EMMS.
- **Adapter le RASA** à l'activité des équipes.
- Fournir des **équipements adaptés** à la mobilité : tablettes, imprimantes portables.
- **Outils 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 la **connaissance réciproque** 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 entre départements** 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 favoriser 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.

Arveiller, Jean-Paul, Chantal Magdeleinat, et Alain Mercuel. « De quelques questions soulevées par le fonctionnement des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité ». *Pratiques en santé mentale* 62^e année, no 4 (2016): 21-24. <https://doi.org/10.3917/psm.164.0021>.

Arveiller, Jean-Paul, et Alain Mercuel. *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*. Cahiers de Sainte-Anne. Cachan: Lavoisier, s. d. <https://doi.org/10.3917/lav.arvei.2012.01>.

Baillergeau, Évelyne, et Hans Grymonprez. « "Aller-vers" les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales ». *Revue française des affaires sociales*, no 2 (2020): 117-36. <https://doi.org/10.3917/rfas.202.0117>.

Benoist, Yann. « Tant qu'on a la santé... c'est pire !: L'amélioration paradoxale des conditions de vie de personnes sans-abri ». *Anthropologie et Santé* 13 (22 novembre 2016). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2297>.

Benoist, Yann. « Vivre dans la rue et se soigner ». *Sciences sociales et santé* 26, no 3 (2008): 5-34. <https://doi.org/10.1684/sss.2008.0301>.

Best, Alice, et Didier Vanoni. « Seul(e) face au mal-logement ». *Recherche sociale* N° 231, no 3 (2019): 4-120. <https://doi.org/10.3917/recsoc.231.0004>.

Brousse, Cécile, Emmanuel Massé, et Bernadette Guiot de La Rochère. *L'enquête sans-domicile 2001*. INSEE méthodes, n° 116. Paris: INSEE, 2006.

Cefai, Daniel, et Edouard Gardella. *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samusocial de Paris*. Bibliothèque du MAUSS. Paris: La Découverte, 2011.

Duée, Michel, et Françoise Yaouancq. « L'enquête Sans-Domicile 2012 », s. d.

Escuriet, Meddy. « La géographie et l'habiter pour identifier des situations de handicap: approche environnementale du handicap et évaluation d'un dispositif d'accompagnement médico-social », s. d.

Evren, Phinera-Horth, Richard et Rossignol « Femmes sans abri, la face cachée de la rue » Rapport d'information n° 15 (2024-2025), tome I, déposé le 8 octobre 2024, Sénat.

Ferreira, Cíntia Priscila Da Silva, Célia Alves Rozendo, et Givânia Bezerra De Melo. « Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social ». *Cadernos de Saúde Pública* 32, no 8 (2016). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>.

Flye Sainte Marie, Cécile, Isabelle Querrioux, Cédric Baumann, et Paolo Di Patrizio. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires ». *Santé Publique* Vol. 27, no 5 (2015): 679-90. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0679>.

Girard, Vincent, Pascale Estecahandy, et Pierre Chauvin. « La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », s. d.

Interlogement93. « Ressources et besoins en santé des structures d'hébergement et des accueils de jour en Seine-Saint-Denis », 2024.

Jangal, Candy. « Familles sans logement et recours aux soins en Ile-de-France : contraintes, ancrages et pratiques », 2018.

Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al. « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009 ». *PLoS Medicine* 5, no 12 (2 décembre 2008): e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>.

Laville, Jean-Louis, et Anne Salmon. *Pour un travail social indiscipliné. Participation des citoyens et révolution des savoirs*. Intervention sociale. Toulouse: érès, s. d. <https://doi.org/10.3917/eres.lavil.2022.01>.

« Les Équipes Mobiles en Psychiatrie (2^e partie) : crise, mobilité et processus de changement ». *Perspectives Psy* Vol. 61, no 4 (s. d.): 76.

« Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales », s. d.

Marques, Ana. « Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité; Thèse de sociologie soutenue le 5 mars 2010, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la direction de Nicolas Dodier. » *Bulletin Amades*, no 84 (10 novembre 2011). <https://doi.org/10.4000/amades.1334>.

MARSAUDON A., JUSOT F., WITTWER J., et DOURGNON P. « Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'Etat. » *QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)*, no 280 (juin 2023): 6p.

Mounier E., « Réparer les vivants et le lien social : les démarches d'aller-vers en santé mentale », rapport individuel d'expertise, INSP (2024).

Observatoire du Samu social de Paris, « En bout de chaîne : Parcours de crise et crise de parcours de travailleuses et travailleurs immigrés de l'hôtellerie-restauration ».

Observatoire du Samu social de Paris, « ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France »

Observatoire national de la politique de la ville, «Rapport annuel 2018»

Papuchon, Adrien (DREES/SEEE/MIRE). « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État », 2023.

Rainhorn, Jean-Daniel, et François Grémy. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Collection Avis et rapports. Rennes: Éd. ENSP, 1998.

Reynès, Jean. « Géographie de la pauvreté et de la précarité dans les zones rurales de moyenne montagne ». *L'Espace géographique* Tome 47, no 1 (2018): 71-81. <https://doi.org/10.3917/eg.471.0071>.

Rican, Stéphane, Zoé Vaillant, Audrey Bochaton, et Gérard Salem. « Inégalités géographiques de santé en France ». *Les Tribunes de la santé* n° 43, no 2 (2014): 39-45. <https://doi.org/10.3917/seve.043.0039>.

Royer, B., G Gusto, S Vol, Alain d'Hour, D. Arondel, J Tichet, et O. Lantieri. « Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé ». *Pratiques et Organisation des Soins* Vol. 41, no 4 (1 décembre 2010): 313-21. <https://doi.org/10.3917/pos.414.0313>.

Salem, Gérard, Charlotte Roudier-Daval, David Khayat, Marie-Laure Kürzinger, et Stéphane Rican. *Atlas de la santé en France: Volume 2: Comportements et Maladies*. Hors collection. Montrouge, France Surrey, England: John Libbey Eurotext, 2006.

Schlegel, Vianney. « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile: Second prix ex-æquo ». *Sociologie du travail* 63, no 3 (10 septembre 2021). <https://doi.org/10.4000/sdt.39733>.

Scodellaro, Claire. « La santé perçue aux âges élevés : des critères médicaux aux évaluations pratiques ». *Retraite et société* n° 67, no 1 (2014): 19-41. <https://doi.org/10.3917/rs.067.0019>.

Sempé, Mathilde, et Isabelle Siffert. « Les professionnels du médico-social en déplacement : enjeux de disponibilité et de construction partenariale à partir de deux équipes mobiles régionales ». *Revue française des affaires sociales*, no 2 (7 juillet 2022): 147-69. <https://doi.org/10.3917/rfas.222.0147>.

Siffert, Isabelle. « Quand "l'aller vers" tient à distance ». *Revue Projet* N° 397, no 6 (2023): 39-42. <https://doi.org/10.3917/pro.397.0039>.

Warin, Philippe, et Catherine Chauveaud. « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard », 2014.

Zaouche-Gaudron, Chantal, et Paule Sanchou. « Introduction ». *Empan* no 60, no 4 (2005): 10-13. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0010>.

Zeneidi-Henry, Djemila, et Sébastien Fleuret. « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF ». *L'Espace géographique* Tome 36, no 1 (2007): 1-14. <https://doi.org/10.3917/eg.361.0001>.

QUESTIONNAIRE CYCLE DE SUIVI

Présentation de l'étude et demande du consentement

Date du questionnaire :/...../.....

Posé pour : ☐ la première fois ☐ la deuxième fois ☐ la troisième fois

☐ Equipe Ovale ☐ ACT him Aurore ☐ EMSP IL93 ☐ EMSP SOS ☐ EMSP Hôtel social
☐ ESSIP Livry ☐ ESSIP Aubervilliers

Personne enquêtrice :

Nom :
Prénom :

Personne enquêtée :

Nom :
Prénom/Pseudo :
Date de naissance :/...../.....
Sexe : Nationalité : FR / Autre
Téléphone :
Autre moyen de contact :

☐ Cocher si recours à l'interprétariat.
☐ Cocher si la personne concernée n'est pas en capacité de répondre (mineur, incapacité physique ou psychique) et/ou que les informations sont données par un proche (tiers-aidant) pour tout ou partie.

1. Pensez-vous que votre état de santé est :

☐ Très bon ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais
☐ Ne sait pas ☐ Ne veut pas répondre (NVPR)

2. Avez-vous vu un médecin (ou un professionnel de santé) hors EMMS dans les 3 derniers mois (hors spécialiste) ? ☐ Oui ☐ Non, mais j'en avais besoin ☐ Non, je n'en avais pas besoin ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

3. Si oui : ☐ Aux urgences ☐ Cabinet ☐ PASS ☐ Associations (MSF, MdM) ☐ Autre
4. Avez-vous vu un médecin spécialiste dans les 6 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non, mais j'en avais besoin ☐ Non, je n'en avais pas besoin ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

5. Si oui lequel : ☐ Dentiste ☐ Gynécologue ☐ Ophtalmologue ☐ Autre spécialiste
[détailler :] ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

6. Avez-vous un rendez-vous chez un médecin (ou un professionnel de santé) prévu dans le futur ? ☐ Oui ☐ Non, mais j'en aurais besoin ☐ Non je n'en ai pas besoin ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

7. Si oui, qui a pris le rendez-vous ? ☐ La personne elle-même ☐ Un.e proche

☐ Une équipe mobile ☐ Une assistante sociale ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

8. Avez-vous un médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

9. Êtes-vous à jour dans vos vaccins ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

10. Si vous êtes une femme et que vous êtes enceinte, êtes-vous suivie pour la grossesse ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Pas concerné ☐ NVPR

11. Arrive-t-il que vous renonciez à des soins (voir un médecin, être hospitalisé, faire un examen) alors que vous en avez besoin ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

12. Si oui pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

☐ Ne sait pas comment faire ☐ Barrière de la langue
☐ Blocage administratif / ouverture des droits ☐ Blocage financier
☐ Attend de voir si le problème s'arrange ☐ Automédication
☐ Blocage géographique, difficulté à se déplacer ☐ Pas la priorité / pas le temps
☐ Réticence (peur, animosité) envers les soignants ☐ Ne sait pas
☐ Autre :

13. Avez-vous un traitement sur le long terme ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

14. Si oui :	Oui	Non	NVPR
Arrivez-vous à le prendre ?			
Avez-vous des difficultés pour vous le procurer ?			
Avez-vous des difficultés pour y penser (oublis) ?			
Avez-vous des difficultés pour le stocker et ne pas le perdre (manque d'équipement, risque de vol...) ?			
Avez-vous eu des difficultés à comprendre les explications sur la prise du traitement ?			
Avez-vous des difficultés à comprendre l'utilité du traitement (sentiment qu'il ne sert à rien) ?			

☐ Autre difficulté :

15. Avez-vous des droits en santé ouverts : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours d'ouverture

☐ Ne sait pas ☐ NVPR

16. Si oui ou en cours, lesquels : ☐ AME ☐ Régime général ☐ Régime général + CSS
☐ Régime général + mutuelle privée ☐ Autre :

17. Avez-vous un.e assistant.e social.e (hors équipe mobile) :

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

18. Si oui, l'avez-vous vu.e dans les 3 derniers mois :

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

19. Avez-vous un rdv prévu avec lui/elle dans les 3 prochains mois ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ NVPR

20. De quelle structure dépend l'assistant.e social.e ?

21. Demande SI SIAO active : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

FORMULAIRE PRESCRIPTEUR

Présentation rapide de l'étude MEDSO93

Section 1. Structure dans laquelle vous exercez

1. Dans quel champ professionnel se trouve votre structure ? Réponse requise.

Choix unique.

- ☐ Dispositif national d'accueil (CADA/HUDA/CPH)
- ☐ Hébergement (CHU/CHS/CHRS/Altho)
- ☐ Interlogement⁹³
- ☐ Insertion professionnelle (Mission locale/SIAE/PLIE)
- ☐ Logement de transition (FTM/RS/Solibail) / Logement adapté (PF/RA) et accompagnement logement (ASLL/AVDL/LDA)
- ☐ Médico-social (LAM/LHSS/ACT/Csapa/Caarud)
- ☐ Protection de l'enfance (CME/MECS/prévention, circonscription ASE)
- ☐ Sanitaire (SSH/CMP/EMPP)
- ☐ Service sociale municipal ou départemental (CCAS/SSD)
- ☐ Socio-judiciaire (SPIP/PJJ/protection des majeurs)
- ☐ Veille sociale (EMA/ADJ/SIAO-115)
- ☐ Autre *Champ libre*

2. Quel département d'Île-de-France ? Réponse requise. Choix unique.

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 93 | ☐ 91 |
| ☐ 75 | ☐ 92 |
| ☐ 77 | ☐ 94 |
| ☐ 78 | ☐ 95 |

3. Commune d'implantation de la structure. Réponse requise. Choix unique.

Liste déroulante des communes du 93 + section « Autre *Champ libre* ».

4. Commune(s) dans laquelle ou lesquelles intervient la structure. Réponse requise.

Choix multiples.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Aubervilliers | ☐ Coubron | ☐ Gournay-sur-Marne |
| ☐ Aulnay-sous-Bois | ☐ Drancy | ☐ La Courneuve |
| ☐ Bagnolet | ☐ Dugny | ☐ Le Blanc-Mesnil |
| ☐ Bobigny | ☐ Épinay-sur-Seine | ☐ Le Bourget |
| ☐ Bondy | ☐ Gagny | |
| ☐ Clichy-sous-Bois | | |

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Le Pré-Saint-Gervais | ☐ Neuilly-sur-Marne | ☐ Sevrans |
| ☐ Le Raincy | ☐ Noisy-le-Grand | ☐ Stains |
| ☐ Les Lilas | ☐ Noisy-le-Sec | ☐ Tremblay-en-France |
| ☐ Les Pavillons-sous-Bois | ☐ Pantin | ☐ Vaujours |
| ☐ L'Île-Saint-Denis | ☐ Pierrefitte-sur-Seine | ☐ Villemomble |
| ☐ Livry-Gargan | ☐ Romainville | ☐ Villepinte |
| ☐ Montfermeil | ☐ Rosny-sous-Bois | ☐ Villetaneuse |
| ☐ Montreuil | ☐ Saint-Denis | ☐ Autre <i>Champ libre</i> |
| ☐ Neuilly-Plaisance | ☐ Saint-Ouen-sur-Seine | |

5. Quelle est votre fonction dans la structure ? Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Accompagnant·e social·e
☐ Chef·fe de service
☐ Autre *Champ libre*

Section 2. Problématiques de santé rencontrées

6. Rencontrez-vous des publics sans logement (rue, hébergés en structure, à l'hôtel, chez des tiers etc.) avec des problématiques de santé ? Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Oui
☐ Non

7. Si oui, rencontrez-vous des difficultés à accompagner ces publics ? Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Oui
☐ Non

Section 3. Les équipes mobiles médico-sociales de Seine-Saint-Denis

Il s'agit d'un dispositif régional et territorialisé d'aller-vers, ici des équipes mobiles médico-sociales mises en œuvre par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France. L'objectif de ces équipes est d'améliorer l'accès aux soins et aux droits, la prise en charge et la prévention, tout en favorisant l'entrée des personnes dans un parcours de soin adapté. Le public cible : personnes en situation de grande précarité rencontrant des difficultés d'accès à la santé.

Pour en savoir plus :

- Interlogement93 : <https://www.interlogement93.net/espaces-sant%C3%A9>

- ARS : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dispositifs-territorialises-daller-vers-aupres-des-personnes-en-grande-precarite>

14. Si non, quels sont les freins à solliciter les équipes ? Réponse requise. Choix multiples.

- ☐ Je ne sais pas à qui m'adresser
- ☐ J'ai déjà des salarié·es en interne permettant de répondre à ces problématiques
- ☐ J'ai déjà un réseau permettant de répondre à ces problématiques
- ☐ Je suis dubitatif·ve sur l'efficacité de ce dispositif
- ☐ Je ne saisis pas entièrement les missions des équipes
- ☐ Autre *Champ libre*

15. Pensez-vous solliciter les équipes dans le futur ? Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Oui
- ☐ Non

16. Commentaires éventuels

Entrez votre réponse. *Champ libre*

Section 4. Participation à la suite de l'étude

Texte pour demander si intéressé par entretiens

17. Si vous avez des commentaires ou remarques éventuelles sur le dispositif de manière générale, merci de les indiquer ci-dessous.

Entrez votre réponse. *Champ libre*

18. Si vous souhaitez être potentiellement recontacté·e pour participer aux entretiens, vous pouvez indiquer ci-dessous une adresse mail à laquelle écrire.

Entrez votre réponse. *Champ libre*

Section 5. Collecte des données et consentement

Information, traitement et conservation des données

RGPD

Contact pour vue sur les données collectées

19. J'ai bien lu et compris mes droits Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Avez-vous entendu parler des équipes mobiles médico-sociales de Seine-Saint-Denis ? Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Oui
☐ Non

9. Si oui, comment les avez-vous connues Réponse requise. Choix unique.

- ☐ ARS
☐ Interlogement93
☐ Une des équipes
☐ Réseau professionnel (hors Interlogement 93 et équipes mobiles)
☐ Autre *Champ libre*

10. Laquelle ou lesquelles connaissez-vous ? Réponse requise. Choix multiples.

- ☐ ESSIP de la Main Tendue
☐ EMSP du Groupe SOS
☐ Équipe spécialisée périnatalité Ovale du Groupe SOS
☐ EMSP d'Interlogement 93
☐ EMSP d'Hôtel Social

11. Avez-vous déjà fait appel à une équipe mobile ? Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Oui
☐ Non

12. Si oui, êtes-vous passé-e par : Réponse requise. Choix unique.

- ☐ Le formulaire de demande à la régulation des équipes
☐ Directement par un.e des salarié.es d'une des équipes
☐ Autre *Champ libre*

13. Si oui, comment évalueriez-vous votre sollicitation des équipes mobiles ? Réponse requise.

	Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt	Tout-à-fait
Je suis satisfait-e de la régulation				
Je suis satisfait-e du délai d'intervention				
La problématique de santé a été résolue				

Date :
Âge :

Éléments biographiques	
Événement démographique et/ou composition familiale	

Années

Parcours résidentiel			
Type de logement (rue, squat, structure, locataire, etc.)	Lieu de résidence (commune, département)	Motif du changement de résidence	

Années

Éléments socio-économiques	
Situation vis-à-vis de l'emploi (inactif, type, déclaré ou non, salaire) / Situation Financière	Situation administrative

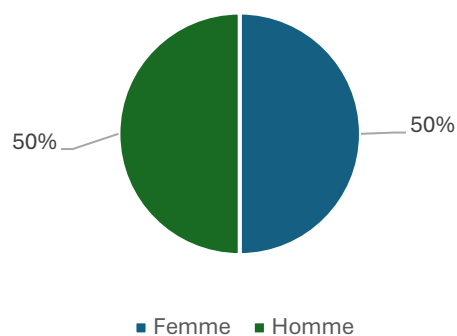
Années

Parcours de santé					
État de santé	Événement de santé (malade, hospitalisation) et/ou conduite médicale : début d'un traitement ET droits en santé	Type de soins (professionnel de santé, conseil, spécialiste, médecin traitant)	Lieux de santé fréquentés (le plus précis possible)	Période d'absence de soins et motif	

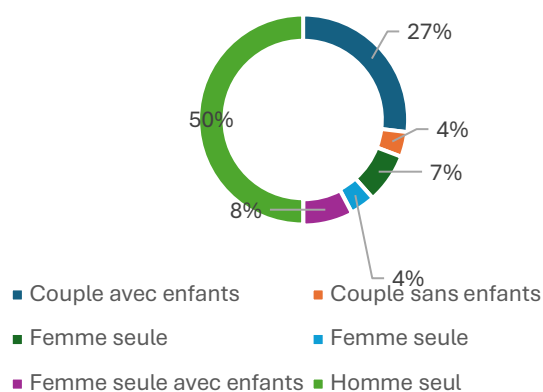
ANNEXE 4. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES 26 PERSONNES ANCIENNEMENT ACCOMPAGNÉES
PAR DES EMMS INTERROGÉES.

26 entretiens réalisés entre mars et août 2024.

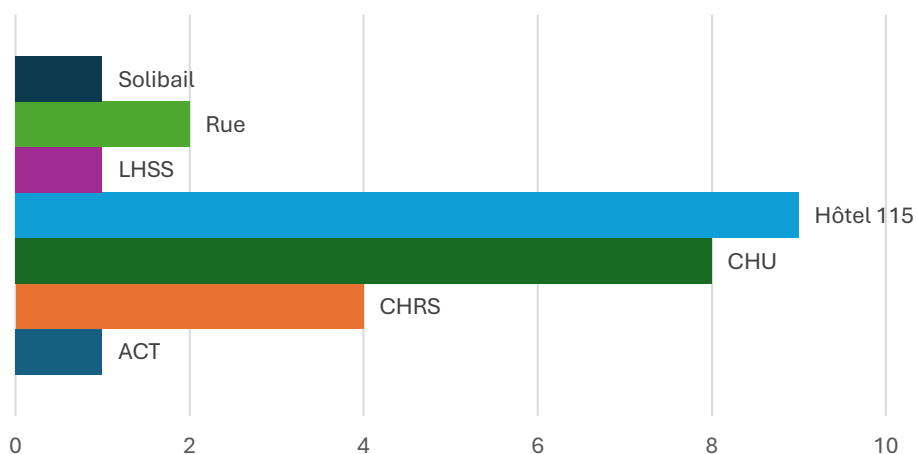
Répartition selon le sexe



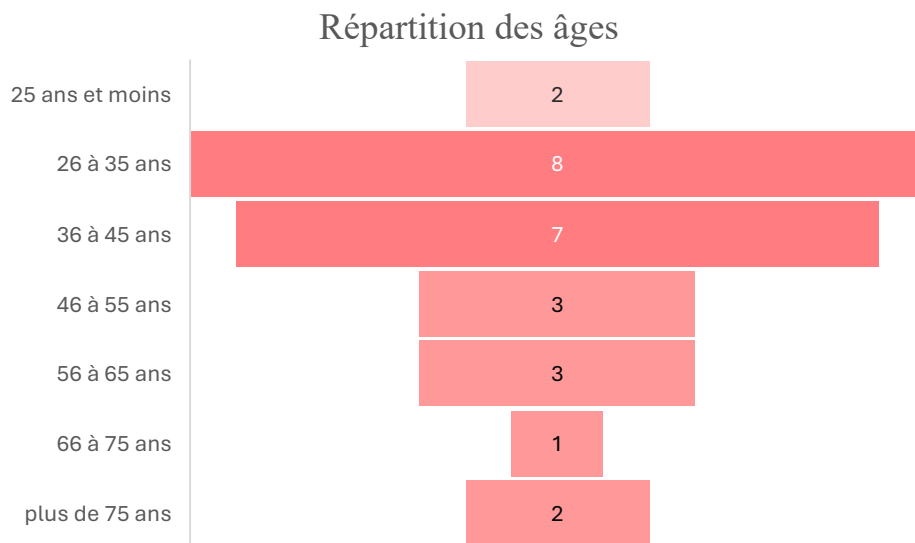
Répartition selon le type de ménage



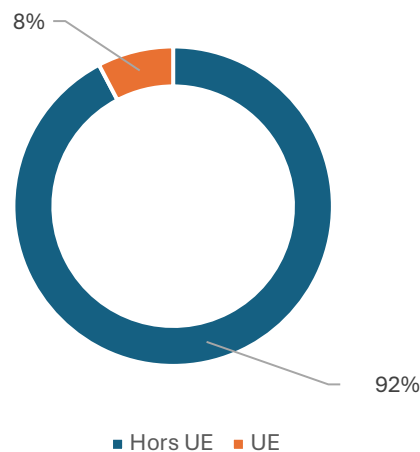
Lieu de vie au moment de l'entretien



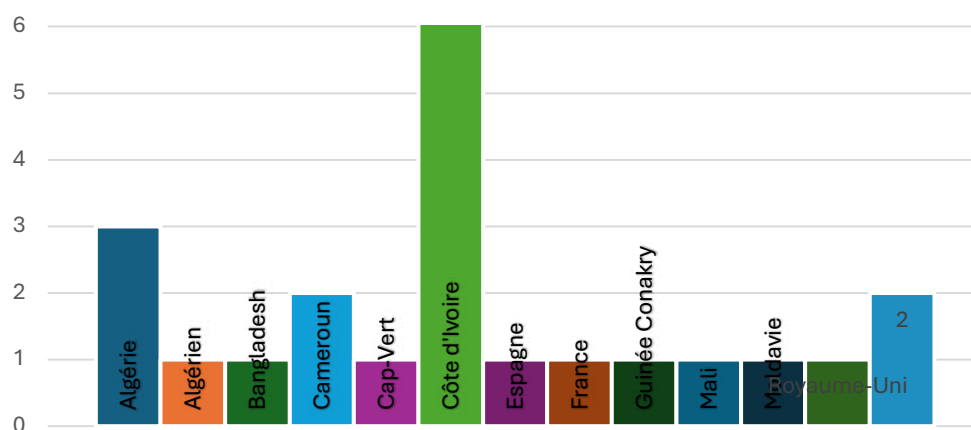
ANNEXE 4. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES 26 PERSONNES ANCIENNEMENT ACCOMPAGNÉES PAR DES EMMS INTERROGÉES.



Répartition selon la nationalité

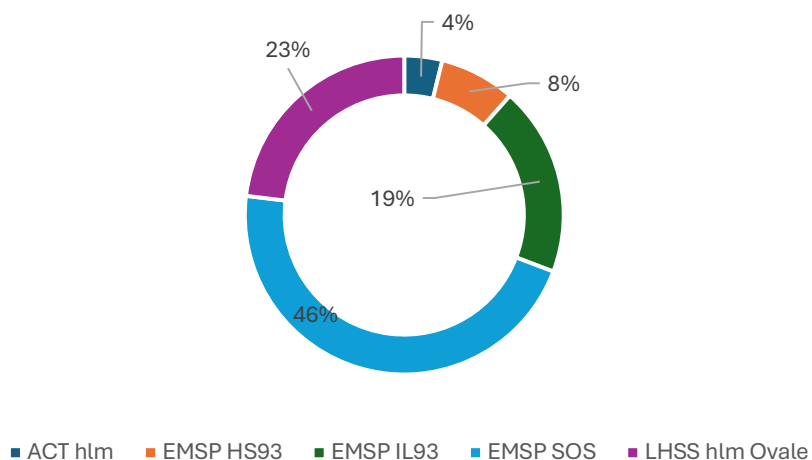


Détail des nationalités des personnes accompagnées

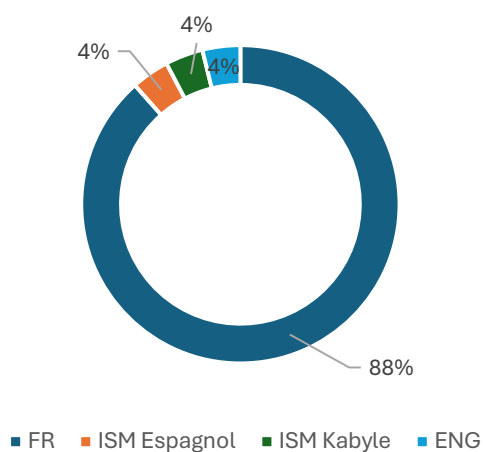


ANNEXE 4. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES 26 PERSONNES ANCIENNEMENT ACCOMPAGNÉES PAR DES EMMS INTERROGÉES.

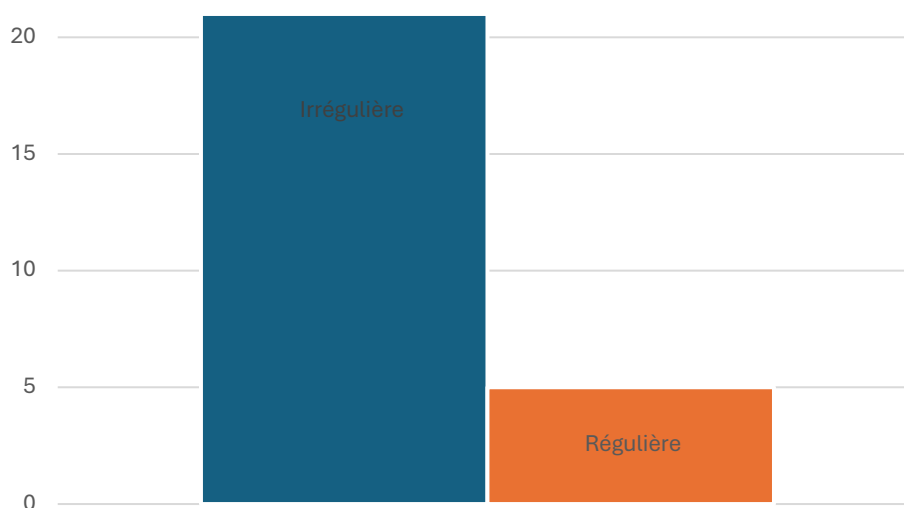
EMMS ayant suivi la personne



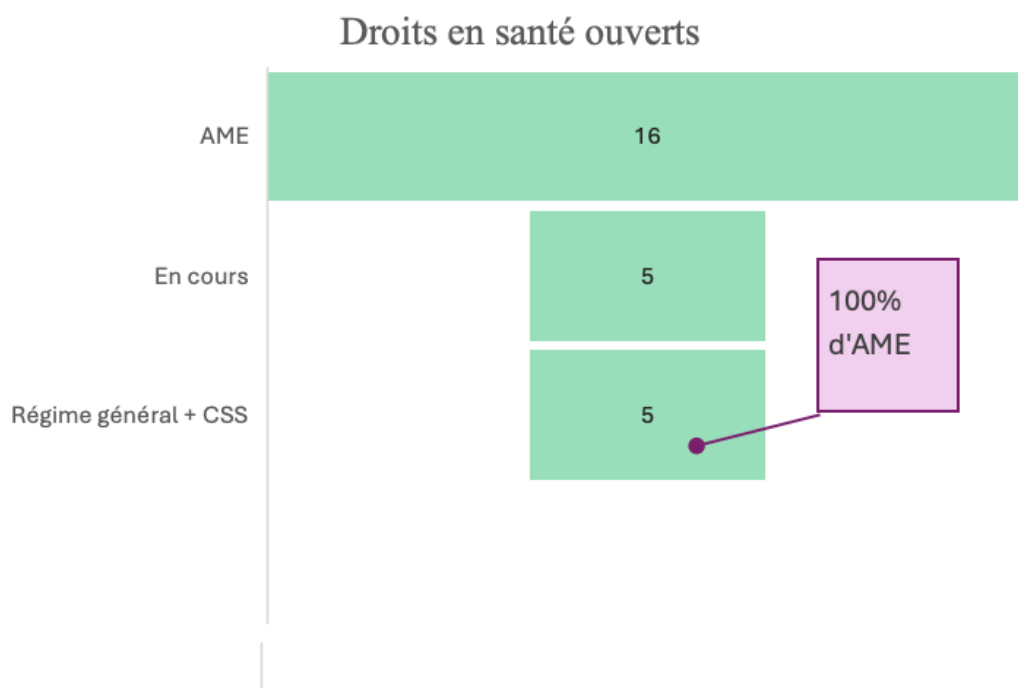
Langue utilisée pendant l'entretien



Situation administrative



ANNEXE 4. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES 26 PERSONNES ANCIENNEMENT ACCOMPAGNÉES PAR DES EMMS INTERROGÉES.



Entretien se déroulant dans le cadre du « Cycle de suivi »



Sur la base du travail proposé par le Credoc et l'Ansa dans le cadre d'un diagnostic de la précarité alimentaire en Île-de-France mené en 2021-2022, nous avons rassemblé des indicateurs afin de caractériser la précarité de la population des communes de Seine-Saint-Denis.

Catégorie indicateurs	Type indicateur (échelle communes)	Sources
Logement	Taux de logement sociaux par rapport au nombre de résidences principales)	INSEE, RP, 2020 et RPLS, 01/01/2022
Logement	Taux de suroccupation des logements	INSEE, RP (exploitation complémentaire), 2020
Grande Précarité	Nombres de personnes en hôtel 115 dans le 93, y compris des personnes dépendant des autres SIAO franciliens	DELTA
Grande Précarité	Nombre d'appelants pour une mise à l'abri par le 115	SIAO, 2022
Socio-éco	Taux de chômage	INSEE, RP (exploitation complémentaire), 2020
Socio-éco	Taux de pauvreté à 40% : pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté de 40% du revenu médian en France	INSEE, FILOSOFI, 2021
Socio-éco	Pourcentage des allocataires dont 75% ou plus des ressources proviennent des prestations des CAF	Credoc (Base de données complète de l'étude)
Santé	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes : indique, le volume de soins accessible pour les habitants d'une commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans les communes environnantes.	DRESS et IRDES, 2022

Détail de la typologie des communes du département à partir de la CAH effectuée :

Type 1 : Par rapport aux autres communes du département Aubervilliers, Saint-Denis et La Courneuve sont des communes où les indicateurs de grande précarité sont les plus élevés. Les indicateurs socio-économiques de la population générale sont eux particulièrement dégradés. A cela s'ajoute une part importante de cette population vivant dans un logement suroccupé ou en logement social. En ce qui concerne la santé, la part de bénéficiaires d'ALD n'est pas significativement supérieure à la moyenne tandis que l'APL est légèrement plus favorable. Cette faible part de personnes bénéficiant d'une ou plusieurs ALD serait à investiguer pour déterminer si cela est en lien avec le faible taux d'ouverture aux droits/recours aux droits sur le territoire ou à un état de santé effectivement meilleur.

Type 2 : Ces communes majoritairement situées au nord-ouest du département limitrophes au Val-d'Oise (L'Île-Saint-Denis, Épinay-sur-Seine, Villeneuve, Pierrefite-sur-Seine, Stains, Dugny) et les communes de Bondy et Clichy-sous-Bois sont marquées par des indicateurs de grande précarité, socio-économiques et de mal logements dégradés par rapport à la moyenne du département. Toutefois, ces communes accueillent peu de ménages dans les hôtels 115 ou autres structures d'hébergement. De même, concernant les états de santé de la population générale ces communes ne présentent pas de différence importante avec la moyenne du département tout en ayant les mêmes difficultés que les communes les plus défavorisées du territoire (Type 1).

Type 3 : Les communes du nord-est de la Seine-Saint-Denis (Le Bourget, Drancy, Le Blanc-Mesnil, Aulnay-sous-Bois, Sevran, Villepinte, Tremblay-en-France) sont caractérisées par des indicateurs de besoins en santé de la population et d'accès aux soins particulièrement dégradés par rapport au reste du département. Cependant les indicateurs vis-à-vis de la grande précarité, des caractéristiques socio-économiques mais aussi du mal logement sont moins dégradés.

Type 4 : Les communes de l'ouest du département bien desservies par l'offre de transport en commun parisienne, Saint-Ouen-sur-Seine, Bagnolet, Montreuil, Noisy-le-Sec, Romainville et Le Pré-Saint-Gervais, présentent dans l'ensemble des indicateurs dans la moyenne du département, sans écart à la moyenne important à l'exception de l'axe santé. En effet, ces communes ont un meilleur accès aux soins de premier recours et des parts de bénéficiaires de l'ALD moins élevées.

Type 5 : Parmi ces quinze communes, quatorze sont situées dans le sud-est du département (Coubon, Gournay-sur-Marne et Le Raincy, Gagny, Les Pavillons-sous-Bois, Livry-Gargan, Montfermeil, Neuilly-Plaisance, Neuilly-sur-Marne, Noisy-le-Grand, Rosny-sous-Bois, Vaujours et Villemonble), la dernière étant Les Lilas, limitrophe à Paris. Celles-ci sont caractérisées par une situation très favorable concernant le logement et les indicateurs socio-économiques. Si les états de santé sont plutôt meilleurs que les autres communes, l'accessibilité aux soins est elle plus compliquée qu'ailleurs sur le territoire. Concernant la grande précarité, ces secteurs se distinguent par un faible nombre de demande de mise à l'abri et de personnes en hôtel 115 par rapport au reste du département.

Sollicitation d'une équipes mobiles médico-sociale en Seine-Saint-Denis

Les Equipes Mobiles Médico-Sociales (Séguir27) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, l'accès aux droits, la prise en charge et la prévention, tout en favorisant l'entrée des personnes dans un parcours de soin adapté. Elles interviennent de manière inconditionnelle, sans condition d'âge, de ressources ou de régularité de séjour en France auprès des

personnes en grande précarité rencontrant des difficultés d'accès à la santé. L'intervention des équipes se fait sur le lieu de vie ou de fréquentation habituel de la personne.

Ce formulaire peut-être complété par tout professionnel (santé, social, médico-social,...) ayant rencontré une personne pour laquelle un besoin d'intervention d'une équipe mobile médico-sociale en «aller-vers» est ressenti.

- ♦
- * Les équipes mobiles médico-sociales interviennent uniquement dans le 93
- * Les équipes mobiles médico-sociales n'ont pas vocation à intervenir pour des demandes relevant de la psychiatrie

Contact Régulation des équipes mobiles médico-sociales 93 : regulation-sante@interlogement93.net

Les équipes mobile en IDF : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dispositifs-territorialises-daller-vers-aupres-des-personnes-en-grande-precarite>

En remplissant ce formulaire d'inscription, vous acceptez la transmission de ces données à Interlogement93.

Interlogement93 met tout en œuvre pour les conserver de manière sécurisée. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 6 janvier

1. Date de la demande (jj/mm/aaaa) *

2. Organisme / Structure *

3. Département de la structure *

☐ 93

☐ 75

☐ 77

☐ 78

☐ 91

☐ 92

☐ 94

☐ 95

☐ Hors Ile-de-France

4. Ville de la Structure *

5. Nom et prénom du professionnel *

6. Fonction *

7. Adresse mail *

8. Numéro de téléphone *

Pré-traitement de la demande

9. La personne / son représentant légal a t-elle donné son accord pour que vous partagiez des informations la concernant ? *

Le consentement de la personne doit être recherché

☐ Oui

☐ Non

10. Nom, prénom / Pseudonyme *

11. Date de naissance (jj/mm/aaaa) *

12. Genre *

☐ Femme ☐ Homme ☐ Enfant

☐ Autre

13. Numéro de téléphone

14. Composition du ménage *

☐ Personne seule

☐ Personne seule avec enfant(s) ☐ Couple sans enfant

☐ Couple avec enfant(s) ☐ Groupe d'adultes

- ☐ Groupe d'adultes avec enfant(s) ☐ Autre

15. Nombre d'enfants

16. Lieu où se trouve la personne actuellement *

☐ Structure Asile (CADA, HUDA, CPH, ...)

☐ Hôpital généraliste / établissement de soin

☐ Hôpital psychiatrique

☐ Hôtel 115

☐ Rue ☐ Hôtel – Hors 115

☐ Structure d'hébergement

☐ Logement intermédiaire / accompagné ☐ Logement

☐ Hébergement précaire (squat, bidonville, caravane, camping, ...) ☐ Chez des tiers

☐ Pension de famille ☐ Grand Froid

☐ Autre

17. Préciser l'adresse / la localisation

Si possible, précisez a minima la ville ou le secteur fréquenté par la personne

Etat de santé / besoins

18. La personne a-t-elle un suivi médical ? *

☐ Oui ☐ Non

☐ En rupture de soin ☐ RDV en cours

☐ Ne sait pas

19. Si la personne a un suivi médical merci de préciser le(s)quel(s) :

☐ Association ☐ CAARUD ☐ CMP

☐ CMPP ☐ CSAPA ☐ EMPP

☐ Hôpital généraliste ☐ Hôpital psychiatrique ☐ Ville

☐ Autre

20. La personne a-t-elle un suivi social *

☐ Oui ☐ Non

☐ Ne sait pas

21. Si oui, merci de préciser par qui :

☐ Accueil de jour ☐ AS Hôpital général

☐ AS Hôpital psychiatrique

☐ Conseil Départemental / CCAS ☐ PASH93

☐ Structure d'hébergement/logement ☐ Maraude professionnelle

☐ TS CAARUD / CSAPA

☐ Autre

22. Quel est le principal besoin repéré

Le besoin doit être lié à la santé

☐ Soins

☐ Évaluation / Orientation

☐ Soutien / Appui au professionnel

☐ Le besoin n'est pas clairement identifié ☐ Autre

23. Décrivez les raisons pour lesquelles vous souhaitez solliciter l'intervention d'une équipe mobile santé *

24. Si vous estimez un besoin d'interprétariat pour la situation évoquée. Merci de préciser la/les langue(s)

25. La personne est-elle d'accord pour que l'équipe se déplace sur son lieu de vie ? *

☐ Oui

☐ Non

26. Si non, précisez un lieu de rencontre / lieu habituel de fréquentation de la personne

