

Journée scientifique de l'observatoire du samusocial de Paris

maison de la RATP

15 décembre 2009

avec le soutien

de la Fondation EDF Diversiterre



Les partenaires ayant soutenu l'observatoire du Samusocial de Paris en 2008-2009 :

Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté; Haut commissaire à la jeunesse

DRASS Île-de-France

Siemens,
Fondation d'entreprise L'Oréal,
Institut de veille sanitaire (InVS),
Direction générale de la santé (DGS),
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES),
Préfecture de Paris,
Fondation MACIF,
Région Île-de-France,
SNCF,

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale (ONPES),
Mairie de Paris,
Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris,
Compagnie Parisienne des Chauffages Urbains,
Fondation EDF Diversiterre,

Et la **RATP**.

Journée scientifique de l'observatoire du samusocial de Paris
maison de la RATP - 15 décembre 2009

8 h 45 Introduction : **Dr Xavier Emmanuelli** (*Président du Samusocial de Paris*)

Matinée : Santé mentale et addictions chez les personnes franciliennes sans logement personnel

8 h 55 Modérateurs:
Dr Serge Kannas (*Psychiatre, coordinateur Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*)
Dr Pierre Chauvin (*UMRS 707-Inserm*)

9 h 15 **Prévalences des troubles psychiatriques et addictions**
Marc-Antoine Détrez (*observatoire*) et Caroline Douay (*observatoire*),
Discutant : Pr Bruno Falissard (*Pédopsychiatre, Directeur de l'unité Inserm 669 de la maison de Solenn*)

10 h 05 **Le recours aux soins psychiatriques**
Dr Valérie Le Masson (*DIM-Hôpital Ste Anne*)
Discutant : Dr Christophe Lancon (*Psychiatre, Hôpital Ste Marguerite, Marseille*)

10 h 45 Pause

11 h 10 Modérateur : **Dr Alain Mercuel** (*Service d'Appui en Santé Mentale et Exclusion Sociale, Hôpital Ste Anne*)

11 h 15 **Housing first** : un exemple de programme expérimental au Canada
Pr Jean-Pierre Bonin (*centre de recherche F. Seguin, Hôpital L-H Lafontaine, Montréal*)
Discutant : Tim Greacen (*Directeur du laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche*)

12 h 05 **Les jeunes sans logement personnel : santé psychique et comportements addictifs**
Dr Christine Chan-Chee (*Institut de Veille Sanitaire*)
Discutant : Dr Michel Botbol (*Psychiatre de l'administration centrale de la PJJ*)

12 h 50 Déjeuner : Buffet sur place

Après-midi : Catégoriser, Distribuer, Soigner : paradoxes de l'urgence sociale ?

14 h 15 Modérateur : **Pascale Pichon** (*Directrice du département de Sociologie, Université Jean Monet, Saint Etienne*)

14 h 35 **Les SDF ont aussi une famille !**
Emmanuelle Guyavarch (*observatoire*) et Alexis Bouin (*Samusocial de Paris-115*)
Discutant : Claire Lévy-Vroelant (*Professeur de Sociologie, Université Paris VIII*)

15 h 20 **Distribution des places par le 115 : organisation, critères de justice et choix tragiques**
Erwan Le Méner (*Observatoire - ENS Cachan*) et Habib Lani (*Samusocial de Paris-115*)
Discutant : Frédérique Chave (*Sociologue, CRG-École polytechnique / Université Paris Ouest*)

16 h 05 **Les soins dans les LHSS : la continuité de la prise en charge en question**
Thomas Gardez (*observatoire - Université Dauphine*) et Michèle Robert (*Samusocial de Paris-LHSS*)
Discutant : Antoine Rode (*Sociologue, PACTE-ODENORE, Grenoble*)

16 h 50 Clôture : **Stefania Parigi** (*Directrice Générale du Samusocial de Paris*)

SAMENTA

Caroline Douay⁽¹⁾,
Marc-Antoine Détrez⁽¹⁾,
Yan Le Strat⁽²⁾,
Pierre Chauvin⁽³⁾,
Anne Laporte⁽¹⁾
et le groupe de
recherche SAMENTA⁽⁴⁾

Étude sur la santé mentale et les addictions chez les sans domicile franciliens

Les données concernant les troubles psychiatriques et du comportement des personnes sans logement personnel demeurent insuffisantes pour mettre en œuvre des plans d'action publique. À la demande des pouvoirs publics⁽⁵⁾ une étude sur les troubles psychiatriques et les addictions chez les SDF franciliens a été menée. Ses objectifs étaient d'une part, d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques ainsi que la prévalence des addictions (alcool, drogues, médicaments détournés de leur usage), d'autre part d'analyser leurs parcours sociaux, médicaux et comportementaux et de les relier à la situation de rupture sociale.

L'étude concerne les personnes sans logement personnel, francophones, majeures qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Les personnes ont été contactées via les services d'aide qu'elles fréquentent selon la méthodologie de l'enquête de l'Insee de 2001. Les services retenus sont les centres d'hébergement d'urgence (CHU) et de stabilisation (CHS), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres maternels, les hôtels pour familles, les accueils de jour et les points de distribution de repas chauds. Ces deux derniers sites permettent de recruter des personnes qui dorment dans des abris de fortune ou dehors.

Une base de sondage de tous les services franciliens d'aide aux SDF a été constituée à partir de bases de données existantes ; 910 services ont été répertoriés. Puis un plan de sondage complexe à 3 degrés a été mis en place, avec une stratification par type de service au premier degré, afin d'améliorer la précision des estimations. Les services ont été tirés aléatoirement, proportionnellement à leur taille, en surreprésentant ceux dédiés aux jeunes et aux femmes. Les jours de visite et les nombres d'enquêtés par service sont issus d'un sondage aléatoire. Le nombre de services tirés pour réaliser 800 entretiens s'élevait à 169, 125 ont accepté de participer.

Pour obtenir des « diagnostics » psychiatriques valides sur des lieux de vie, le dispositif d'enquête comprenait un outil d'interview psychiatrique standardisé (le MINI), un binôme d'enquêteurs dont un psychologue clinicien qui observait l'interaction enquêteur-enquêté, et réalisait ensuite un entretien clinique ouvert afin d'étayer de possibles troubles. Après l'entretien et sans l'enquêté, le psychologue débriefait avec un psychiatre qui cotait ou non un diagnostic à partir de la 10^{ième} Classification Internationale des Maladies.

En plus du MINI, le questionnaire était composé de différents modules repris de questionnaires existant, avec pour grands thèmes : les caractéristiques sociodémographiques, le parcours d'itinérance et l'hébergement, la santé, le recours aux soins psychiatriques, l'évaluation des addictions et leurs modalités d'usage dans la rue, la situation professionnelle, les ressources financières, la violence, le réseau social. L'enquête en population s'est déroulée du 16 février au 6 avril 2009, 859 personnes sans logement personnel ont participé.

1 – Observatoire du samusocial de Paris.

2 – Institut de Veille sanitaire (InVS).

3 – Inserm UMR-S 707.

4 – François Beck (INPES), Christine Chan-Chee (InVS), Jean-Marie Firdion (Centre Maurice Halbwachs), Marie-Jeanne Guedj (Hôpital Ste Anne), Marie Jauffret-Roustide (InVS), Stéphane

Legleye (OFDT), Valérie Le Masson (Hôpital

Ste Anne), Erwan Le Méner (Observatoire du samusocial de Paris), Yann Le Strat (InVS),

Alain Mercuel (Hôpital Ste Anne), Sylvie Zucca (Hôpital Ste Anne).

5 – Étude financée par : le Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté ; Haut

commissaire à la jeunesse, l'Institut de veille

sanitaire (InVS), la Direction générale de la santé (DGS), la Région Ile de France, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Préfecture de Paris, l'Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), la Mairie de Paris.

SAMENTA

Caroline Douay⁽¹⁾,
Marc-Antoine Détrez⁽¹⁾,
Yan Le Strat⁽²⁾,
Pierre Chauvin⁽³⁾,
Anne Laporte⁽¹⁾
et le groupe de
recherche SAMENTA

Prévalences des troubles psychiatriques et addictions

L'enquête SAMENTA⁽⁴⁾ a pour objectif d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques et des addictions (alcool, drogues et médicaments détournés de leur usage) chez des personnes sans logement personnel. Pour cela une méthode de sondage adaptée ainsi qu'un dispositif d'enquête garantissant la possibilité d'un diagnostic psychiatrique valide lors d'entretiens sur des lieux de vie ont été mis en œuvre.

Une pré-enquête, portant sur 45 individus volontaires ayant un dossier médical a permis de valider le dispositif d'enquête (un binôme d'enquêteurs dont un psychologue, et un psychiatre coteur) et donc de conclure qu'il était possible de porter des « diagnostics » psychiatriques chez des personnes précaires sur leur lieu de vie. Les troubles du MINI retenus pour l'étude ont été : Épisode dépressif majeur, Risque suicidaire, Épisode (hypo-)maniaque, Trouble panique, État de stress post-traumatique, Troubles psychotiques, Anxiété généralisée, Trouble de la personnalité antisociale. Le questionnaire, en plus des données sociodémographiques et sur les conditions de vie, comprenait un module sur l'alcool (33 questions) et un sur la consommation de substances psycho-actives (40 questions).

Le nombre de questionnaires retenus pour l'analyse s'élève à 840. Le nombre d'adultes francophones ayant fréquenté au moins une fois les services d'aide de l'agglomération parisienne durant une semaine de la période d'enquête est estimé à 21 176 (IC95% [17 582 - 24 770]). Près d'un tiers des enquêtés présente au moins un trouble psychiatrique sévère : les troubles psychotiques concernent 13,2% de la population (dont 8,4% de schizophrénie), les troubles de l'humeur sévères 6,7% et les troubles anxieux 12,2%. Les troubles anxieux sont repérés plus souvent dans les hôtels et dans le dispositif d'insertion.

Une personne sur cinq est dépendante à l'alcool. La consommation d'alcool est plus élevée chez les personnes vues dans le dispositif d'urgence, plus d'un quart est dépendant (26,7%) comparé au dispositif de réinsertion (18,9%) ou aux hôtels sociaux (5,5%).

La consommation quotidienne ou quasi-quotidienne de cannabis concerne 16% des personnes interrogées. Cela représente une personne sur cinq dans le dispositif d'urgence (21,4%), 13,8% des personnes dans le dispositif d'insertion et 2,6% des personnes dans les hôtels sociaux.

L'association d'une méthode de sondage adaptée et d'un dispositif d'enquête comprenant des cliniciens a permis de préciser l'importance des troubles mentaux et des addictions chez les personnes sans domicile. Ces résultats montrent une fréquence près de 10 fois plus importante des troubles psychotiques comparés à la population générale et 4 fois plus importante des troubles de l'humeur, les addictions sont 3 à 5 fois plus fréquentes. Les troubles psychiatriques et les addictions constituent un problème grave de santé publique dans cette population, confirmant les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain dans la prise en charge. Ces résultats plaident pour une amélioration de l'offre des soins et une adaptation de l'hébergement / logement aux particularités de cette population.

1 – Observatoire du Samusocial de Paris.

2 – Institut de Veille sanitaire (InVS).

3 – Inserm UMR-S 707.

4 – Étude financée par : le Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté ; Haut commissaire à la jeunesse, l'Institut de veille

sanitaire (InVS), la Direction générale de la

santé (DGS), la Région Ile de France, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Préfecture de Paris, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), la Mairie de Paris.

SAMENTA

Valérie Le Masson⁽¹⁾,
Alain Mercuel⁽²⁾
et le groupe de
recherche SAMENTA

Recours aux soins en psychiatrie chez les personnes sans logement personnel

La prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes en grande précarité est supérieure à celle décrite dans la population générale. L'enquête SAMENTA⁽³⁾ confirme ces résultats. Dès lors, la question du recours aux soins et du maintien dans le soin des personnes souffrant de troubles psychiatriques est une question centrale pour les acteurs de la santé publique travaillant auprès de cette population. Les questions qui se posent sont les suivantes : les personnes sans domicile personnel bénéficient-elles d'un accès aux soins malgré la précarité de leur situation ? Quels sont les leviers, les freins qui permettent ou limitent cet accès ? Les personnes ayant eu un contact avec le système de soins peuvent-elles s'y maintenir ?

Les données de l'enquête SAMENTA mettent en évidence un taux de recours aux soins psychiatriques vie entière non négligeable estimé à 53,1%. Il est de 68,2% chez les personnes présentant un trouble psychotique, un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux. Les résultats présentés dans la suite concernent uniquement ces personnes. La nature du recours aux soins se décline en 40,6% de prise de médicaments psychotropes prescrits par un médecin, 50,6% de consultations auprès d'un professionnel de santé au motif de la santé mentale, 23,8% d'hospitalisations en psychiatrie et 18% d'hospitalisations sous contrainte. Malgré ces taux élevés de recours aux soins sur la vie, il apparaît que 23% des personnes souffrant des pathologies psychiatriques énoncées n'ont jamais eu de recours aux soins.

Seul 18,2% des personnes présentant des troubles psychiatriques énoncés ont déclaré être actuellement suivies pour ces troubles. Les facteurs associés à ce suivi étaient le fait d'avoir une couverture sociale, d'être jeune, d'avoir un niveau d'études au moins secondaire, de se sentir seul, de sentir une gêne fonctionnelle psychiatrique, de ne pas vivre en hôtel et de ne pas avoir de trouble de la personnalité associé. Dans notre étude, le suivi était indépendant du sexe.

L'errance médicale est majeure dans cette population, illustrée par deux chiffres :
- 72% des personnes ayant un trouble psychiatrique qui avaient eu un contact avec le système de soins ne sont plus suivies au jour de l'enquête ;
- 50% des personnes ayant pris des traitements psychotropes prescrits par des médecins ont arrêté leur traitement pour des motifs invoqués quasi exclusivement d'ordre psychiatrique.

Ces données illustrent que si les personnes sans domicile nécessitant des soins psychiatriques ont pu avoir accès dans leur vie au système de soins, elles n'ont pas été en mesure de s'ancrer dans la continuité des soins. Au-delà des motifs économiques qui semblent jouer un rôle dans cette errance médicale, on retrouve des facteurs sociodémographiques, des facteurs d'ordre psychiatrique et le type d'hébergement. L'amélioration de la prise en charge de ces patients se fera par une meilleure organisation des soins associée, dans le respect de la personne et du consentement aux soins, à une éducation des patients à leur pathologie.

1 - DIM Centre Hospitalier Sainte Anne.
2 - SMES Centre Hospitalier Sainte Anne.
3 - Étude financée par : le Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté ; Haut commissaire à la jeunesse, l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Direction générale de

la santé (DGS), la Région Île-de-France, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Préfecture de Paris, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), la Mairie de Paris.

Housing First : un exemple de programme expérimental au Canada

Jean-Pierre Bonin⁽¹⁾

La Commission canadienne de santé mentale a décidé de financer un vaste projet de démonstration qui vise à procurer des logements à environ 1 300 personnes sans domicile fixe à travers le Canada. Il s'agit d'un projet d'une ampleur sans précédent. En effet, ce projet sera réalisé dans 5 grandes villes canadiennes, provenant de 5 provinces différentes et présentant des caractéristiques spécifiques, soit : Vancouver (troubles concomitants santé mentale et toxicomanie), Winnipeg (population autochtone), Toronto (population immigrante), Montréal (présence de logements sociaux) et Moncton (petite municipalité).

Ce projet mise sur deux approches, soit un projet de type Logement d'abord (« Housing First ») pour les personnes SDF ayant des troubles mentaux graves et un projet De la rue à un logement (« Street to House ») pour celles ayant des troubles de santé mentale modérés. Ces personnes, en plus d'avoir accès à un logement, recevront aussi des services de santé mentale qui ont fait leurs preuves, soit une approche de suivi intensif dans le milieu pour les premiers et une approche de suivi d'intensité variable pour les seconds. Il est prévu que 100 personnes SDF par ville bénéficieront du programme Logement d'abord et 100 du programme De la rue à un logement. Ces personnes constitueront le groupe expérimental d'un vaste projet de recherche qui impliquera aussi 200 personnes SDF par ville qui recevront les services habituels et constitueront le groupe contrôle. De plus, plusieurs projets, autant quantitatifs que qualitatifs, se greffent au projet central pour évaluer différents aspects reliés à ce projet, tels les coûts du projet, la cartographie des services utilisés, la place des familles, un programme de soutien à l'emploi et autres.

En plus de ces considérations de recherche, ce programme introduit plusieurs innovations. Ainsi, il donne une grande place aux utilisateurs de services, qui ont participé à la conception et à l'implantation du projet de recherche, et agiront comme intervieweurs dans le projet. De plus, ce projet mise sur une approche de rétablissement, soit de laisser la possibilité au client de choisir son logement, de décider de la quantité de services qu'il reçoit, de même que le type de service qu'il souhaite. Par exemple, même s'il fait partie d'un groupe qui reçoit des services de type suivi intensif dans la communauté, le client peut refuser une bonne part des services auxquels il a droit.

Bien que la pérennité de ces services demeure une question cruciale suite à ce projet, les études antérieures ont démontré une réduction de coûts et une amélioration de la qualité de vie des clients SDF, et il est plausible de croire que ce programme ce poursuivra.

1 - Professeur, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin.

SAMENTA

Christine Chan-Chee⁽¹⁾
et le groupe de
recherche SAMENTA

Les jeunes sans logement personnel : santé psychique et comportements addictifs

Plusieurs enquêtes dans les pays occidentaux dont celle de l'Insee en 2001 en France métropolitaine ont montré que les jeunes représentent une proportion non négligeable de la population des personnes sans logement personnel, ce qui implique un réel enjeu tant du point de vue humain que de santé publique. Dans l'enquête SAMENTA⁽²⁾, une attention particulière a été portée sur les jeunes afin de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques, leur situation concernant l'hébergement ainsi que la prévalence des troubles psychiques et des comportements vis-à-vis de l'alcool et des drogues illicites.

À partir de l'enquête SAMENTA, la population des jeunes franciliens de 18 à 25 ans sans logement personnel est estimée à 3 619 [IC 95% : 2 550 - 4 688] et représente 17% de la population adulte francophone totale. Les femmes sont majoritaires (57% versus 35% dans l'ensemble de la population). Plus de 90% sont célibataires. Environ un tiers déclare avoir au moins un enfant et dans 85% des cas, il est avec son parent. Plus des deux-tiers de ces jeunes sont nés en France (dont 60% en Île-de-France), 23% viennent d'Afrique sub-saharienne et 4% d'Afrique du Nord. Pratiquement tous (91%) ont au moins un niveau d'études secondaires.

En moyenne, ils se sont retrouvés sans domicile pour la première fois il y a environ 15 mois pour les 18 - 19 ans, il y a un peu moins de 2 ans pour les 20 - 22 ans et environ 3 ans pour les 23 - 25 ans. Deux tiers des jeunes ont été rencontrés dans des centres de réinsertion, 12% à l'hôtel (4% des hommes et 17,5% des femmes) et 24% dans des dispositifs d'urgence.

Dans cette population des 18 - 25 ans, 39,7% présentent des troubles psychiatriques sévères, en particulier 16,5% une schizophrénie, 16,5% des troubles anxieux et 9% des troubles de l'humeur sévères. De plus, 12,7% présentent des troubles de l'humeur légers ou modérés et 16,6% un risque suicidaire élevé ou moyen. La présence d'au moins une addiction (dépendance ou consommation très régulière) concerne 37,5% des jeunes. La dépendance à l'alcool touche 20,5% d'entre eux (26,0% des femmes et 11,5% des hommes). La consommation de cannabis quotidienne ou quasi quotidienne au cours des 12 derniers mois concerne 24,5% des jeunes et elle atteint 44,4% de ceux présentant une schizophrénie. Les consommations quotidiennes ou quasi quotidiennes de cocaïne, des médicaments détournés de leur usage et du Subutex sont retrouvées dans des proportions équivalentes (2,9%).

Cette étude confirme le poids important que représentent les jeunes dans la population sans domicile. Elle met en évidence une fréquence des pathologies psychiatriques et des addictions proche, voire plus élevée, que celle retrouvée dans l'ensemble de la population des adultes sans logement personnel. Ces résultats, qui nécessitent d'être affinés, devraient permettre de donner des pistes à des prises en charge adaptées de cette population.

1 - Institut de Veille sanitaire (InVS).

2 - Étude financée par : le Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté ; Haut commissaire à la jeunesse, l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Direction générale

de la santé (DGS), la Région Île-de-France, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Préfecture de Paris, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), la Mairie de Paris.

Les SDF ont aussi une famille !

Alexis Bouin⁽¹⁾,
Emmanuelle
Guyavarch⁽²⁾

Tout adulte accompagné d'un mineur, ou toute femme enceinte d'au moins 3 mois, a pour le 115 de Paris, le statut de famille. A partir du moment où cette famille correspond aux critères de prise en charge, ce statut lui confère certains avantages, tels qu'un hébergement assuré. Depuis 1999, le nombre de demandes d'hébergement, émanant de familles, qui aboutissent au 115 de Paris ne cesse de croître et ce malgré la mise en place de plates-formes spécifiques pour venir en aide à ces familles (la CAFDA en 2000, l'OHFOM et l'APTM en 2002). Ainsi, alors qu'elles ne représentaient qu'un dixième des hébergements il y a 10 ans, les familles en représentent aujourd'hui près de la moitié. De plus en plus nombreuses, elles sont aussi présentes sur des périodes de plus en plus longues, étant souvent hébergées sans discontinuer, pendant plusieurs années.

Avoir un enfant n'est pas la seule caractéristique qui distingue les familles des personnes dites isolées. Ainsi les adultes en charge de ces familles sont généralement plus jeunes que les personnes isolées, elles ont aussi des parcours et des origines différentes. L'analyse des caractéristiques sociodémographiques de ces familles, ainsi que des prises en charge dans la durée, comparée à l'évolution et aux caractéristiques des personnes dites isolées nous permettra de mieux les connaître.

Peu d'études en France traitent de la question des familles sans domicile. Ainsi, les données disponibles dans la base des usagers du 115, se limitant aux informations nécessaires à une réponse adaptée dans une situation d'urgence, nous renseignent sur les membres de la famille lorsqu'ils co-résident et sont pris en charge ensemble, mais on ne sait rien, ou presque, sur le reste de la famille si elle ne co-réside pas (notamment dans le cas des personnes isolées). Pour les mêmes raisons, on ne dispose que de très peu d'information sur la vie familiale passée de ces personnes. Dans l'enquête SAMENTA, l'un des volets portait sur les événements vécus durant l'enfance, ainsi que sur les enfants des personnes enquêtées, qu'ils co-résident ou non. L'analyse des données de SAMENTA nous apporte ainsi une information précieuse sur la situation familiale des SDF qui, comparée aux résultats d'enquêtes antérieures (tels que les enquêtes auprès des personnes sans domicile à Paris réalisées en 1995 et 2001), nous montrera d'une part en quoi ces situations familiales ont pu évoluer et d'autre part que « sans domicile ne signifie pas pour autant sans famille ».

1 - Samusocial de Paris, 115 de Paris.

2 - Observatoire du Samusocial de Paris.

Distribution des places par le 115 : organisation, critères de justice, choix tragiques

Habib Lani⁽¹⁾,
Erwan Le Méner⁽²⁾

Le 115 de Paris est une plateforme téléphonique d'orientation et de régulation des places d'hébergement d'urgence. La demande d'hébergement est supérieure à l'offre (en 2008, 31% des demandes éligibles sont non pourvues). Comment les places sont-elles distribuées dans ce contexte de pénurie ? Comment l'activité d'orientation s'accommode-t-elle de l'abondance et de l'inconditionnalité de la demande ?

Chaque matin, peu après 7h, un important volet de places est mis en circulation. Pratiquement chaque demande d'hébergement est satisfaite et, semble-t-il, inconditionnellement. Mais à y regarder de plus près, on remarque que l'extrême majorité des places alors attribuées sont situées au centre d'hébergement d'urgence de la Boulangerie ; on note aussi que presque tous les appelants demandent à y être hébergés, souvent en groupe, et le fréquentent assidûment ; on observe enfin que les autres demandeurs cherchent surtout à obtenir une place au CHUS de Montrouge, dont ils sont des « habitués », sachant qu'une dizaine de lits sont vacants chaque matin. En d'autres termes, la plupart des appelants manifestent une forte connaissance du dispositif et une habitude des centres, qui leur permettent de construire des files d'attentes distinctes, au bout desquelles ils seront servis, pourvu qu'il reste encore des places disponibles. Dans cette configuration matinale, l'activité d'orientation ne doit pas se comprendre comme la satisfaction inconditionnelle de demandes d'hébergement (un standard automatisé y suffirait), mais comme une réponse adaptée à des publics donnés, et en partie constitués par une offre précise et momentanée. La décision d'attribuer une place obéit ainsi à des procédures et des routines correspondant à une adéquation provisoire de l'offre et de la demande.

Mais que se passe-t-il quand, dès 9h, le stock de places est épuisé ? Quand les personnes présentes dans la file d'attente pour la Boulangerie ou Montrouge sont recalées ? Quand les appelants « plaident leur cas » pour obtenir de nouvelles places arrivant au compte goutte ? On touche là à une limite structurelle et un enjeu fondamental du 115, confronté à la pénurie de l'hébergement.

En effet, l'inconditionnalité de la demande implique une obligation de la traiter. Mais en l'absence de places suffisantes, toutes les réponses ne correspondent pas à une réservation d'hébergement. Plus généralement, il s'agit d'orienter à partir d'une évaluation de premier niveau. Celle-ci passe notamment par un questionnement concernant la situation administrative, la localisation des prestations sociales ou du territoire de vie, ou encore le niveau des revenus de l'appelant ; ce processus permet de dresser les orientations possibles, vers l'hébergement ou non.

Néanmoins, l'assimilation diffuse entre l'inconditionnalité de la demande d'hébergement et l'obligation d'y répondre favorablement tend à apparenter le travail d'orientation à de la simple réservation d'hébergement. Une telle ambiguïté expose les usagers autant que les permanenciers à des formes d'incompréhension, de méfiance, et de défiance vis-à-vis de l'institution, et nécessite, en retour, un profond travail d'information et de formation destiné d'un côté aux sans-abri, de l'autre aux professionnels.

1 – Samusocial de Paris, 115 de Paris.

2 – Observatoire du Samusocial de Paris /
Institut des Sciences du Politique, ENS Cachan.

Les soins dans les LHSS : la continuité de la prise en charge en question

Michèle Robert⁽¹⁾,
Thomas Gardez⁽²⁾

Les lits halte soins santé (LHSS) sont des structures médico-sociales destinées à l'accueil temporaire de personnes adultes, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation, mais nécessite une prise en charge sanitaire adaptée. Toutefois, les finalités de ce dispositif ne se limitent pas à une simple guérison médicale. Elles se déploient plutôt autour d'un souci d'amélioration générale de l'état de santé, tant au niveau physique (guérison d'une pathologie) qu'au niveau social (réfection de papiers d'identité, par exemple) et relationnel (réapprentissage de la vie en collectivité). Comment ces différents plans de prise en charge s'articulent-ils ? Pour aborder cette question, il a fallu élargir le regard sur les soins et l'aide apportés aux hébergés, ou plus exactement, sur ce qui fait soin.

D'une part, dans la mesure où les LHSS participent à une amélioration physique et sociale de l'hébergé sur le moyen terme, il serait réducteur de limiter les soins prodigués par les soignants aux seuls gestes techniques de guérison. Des échanges informels noués hors de la salle de soins, hors des horaires dédiés aux soins (plaisanteries dans les couloirs, conversations entre deux portes, confidences autour d'un café ou d'une cigarette etc.) peuvent établir un climat de confiance et produire une interconnaissance qui facilitent le travail de prise en charge. À l'inverse, des troubles apparemment anodins peuvent avoir des effets fortement délétères sur la prise en charge.

D'autre part, l'étude, non plus des soins, mais de ce qui fait soin, implique de considérer les pratiques de l'ensemble des acteurs présents en LHSS (dont les agents de restauration, agents d'accueil ou les agents d'entretien) comme pouvant participer à une dynamique de prise en charge globale, que l'on pourrait dire collectivement distribuée. On observe que des hébergés tissent des liens privilégiés avec des membres du personnel qui ne sont ni des soignants ni des travailleurs sociaux. Des formes de réciprocité peuvent apparaître, dont dépend en partie l'issue du séjour en LHSS.

Si ce qui fait soin n'est pas seulement confiné à la salle de soins, ni seulement le fait des personnels de santé ou de travailleurs sociaux, alors la coordination des actions et des acteurs impliqués, peut mettre en question ce que nous appelons la continuité de la prise en charge, tant du point de vue des professionnels (qui travaille avec qui ? comment ? pourquoi ? jusqu'à quel point ?), que de celui des usagers (à qui ai-je à faire ? à qui dois-je m'adresser et pour quoi ?).

En termes opérationnels, cette question de la continuité interroge les dispositifs de formation, d'information et de coordination des personnels : comment préparer les personnels à agir au-delà ce que leur fonction requiert ? Comment faire remonter et traiter des informations pertinentes mais recueillies dans les coulisses de la salle de soins ? Comment associer des personnels non soignants aux moments de concertation et de réflexion sur la prise en charge des patients, par exemple lors des réunions de synthèse, sans confondre les qualifications et les compétences des uns et des autres ?

1 – Samusocial de Paris, LHSS Esquirol.

2 – Université Paris-Dauphine, Observatoire
du Samusocial de Paris.

observatoire
du **samusocial** de Paris

35, avenue Courteline – 75012 Paris.
tél : 01 43 71 13 60
fax : 01 43 71 06 59
email : observatoire@samusocial-75.fr
<http://www.samusocial-75.fr>