

Maux d'exil

Billet

Survivre à court terme

Au delà de la crise endémique du logement, c'est à un nouveau degré de violence sociale que font face les précaires, et les professionnels du sanitaire et du social : le manque d'hébergement d'urgence qui laisse aujourd'hui un nombre croissant de personnes à la rue, dont des femmes et des familles, pour des périodes parfois longues. Le dossier que *Maux d'exil* consacre à l'hébergement d'urgence est un dossier de crise, marqueur d'une forme particulièrement violente d'inhospitalité : l'impossibilité pour certains de simplement « se mettre à l'abri ». Il renvoie aussi à l'exaspération des professionnels face au désengagement des pouvoirs publics.

Saturation du Samu social, malgré le dévouement de ses personnels ; refus de prise en charge de personnes handicapées faute de place, malgré l'intervention répétée de professionnels ; hébergement négocié nuit par nuit, après des heures d'attente au téléphone ; grève des personnels du Samu social dans certains départements ; absence de visibilité globale de l'offre malgré l'empilement des dispositifs institutionnels, et conflits de compétence entre territoires...

Le phénomène est nouveau en ce qu'il touche des jeunes et des familles (E. Molinié) face à des dispositifs saturés (L. Fender) où les urgences de l'hôpital deviennent le dernier refuge (C. Lamouche). Les situations de danger dénoncées par les travailleurs sociaux (K. Crochet) ont contraint les équipes médico-sociales à des modifications très significatives de prise en charge notamment des exilés non-francophones : il ne s'agit plus seulement d'accompagner les personnes vers les dispositifs de droit commun. Il s'agit d'organiser avec elles les éléments indispensables de leur survie à très court terme.

Didier Maille

Responsable du service social
et juridique du Comede

DOSSIER: SANS HÉBERGEMENT, PAS DE REFUGE POUR LES EXILÉS

Vu d'une
fédération

Entre droit et réalités

Lise Fender

Chargée de mission Santé et Réfugiés Migrants de la FNARS

« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

Art L 345-2-2 du Code de l'Action Sociale.

> Les dysfonctionnements de l'hébergement d'urgence en France

Alors que nous avons tous en tête les déclarations de Nicolas Sarkozy qui, lors de sa campagne présidentielle en 2007, annonçait : « Je veux, si je suis élu président de la République, que d'ici à deux ans, plus personne ne soit obligé de dormir sur le trottoir et d'y mourir de froid. Parce que le droit à l'hébergement, je vais vous le dire, c'est une obligation humaine ». Or bientôt 5 ans plus tard, nous en sommes encore bien loin et le constat posé est plus qu'alarmant.

Afin de prendre la mesure de cette situation, la FNARS a pu, à travers l'observatoire du 115 qu'elle pilote¹, analyser les données issues de 20 départements. Dans un récent rapport², elle fait les malheureux constats suivants :

- *faiblesse des attributions* : si la proportion d'attributions de places varie selon les départements, le constat est partout



www.fnars.org, <http://www.fnarsidf.asso.fr>

le même : un grand nombre de réponses négatives aux demandes d'hébergement. Hors période de grand froid, on relève ainsi plus de 40% et jusqu'à 65% des demandes ne donnant pas lieu à l'attribution d'une place d'hébergement ;

- *saisonnalité des réponses* : on observe une forte variation saisonnière des attributions de places, malgré les engagements réitérés des pouvoirs publics de pérenniser les dispositifs. Ainsi, en période de grand froid,

les non-attributions baissent avec le renforcement temporaire des dispositifs d'hébergement. La tendance repart ensuite à la hausse au mois d'avril, avec des remises à la rue forcées de fin de période hivernale ;

- *fort recours à l'hôtel* : en moyenne, 53% des nuitées attribuées par le 115 l'ont été dans un centre d'hébergement d'urgence, 40% en hôtel et 7% dans une autre structure ;

- *changement de visage de la précarité* : les demandes faites au 115 ont concerné pour moitié des familles (75% à Paris). Les jeunes de 18 à 25 ans représentent 20% des personnes ayant sollicité le 115 en 2010.

En définitive, l'activité du 115 révèle les limites de la gestion de l'urgence sociale : non seulement les associations sont *en difficulté pour assurer l'accueil inconditionnel* des personnes à la rue, principe pourtant réaffirmé avec force au plus haut sommet de l'État. Mais surtout, le système dans son ensemble démontre son *incapacité à sortir les personnes de l'urgence pour les accompagner vers le logement*. Ainsi, les deux tiers des personnes qui ont sollicité le 115 en 2010 étaient déjà connues dans le dispositif d'urgence. Quant aux familles, elles sont pour la plupart durablement logées à l'hôtel. Cette difficulté à la sortie explique en bonne partie l'embolie générale du système. Elle met en évidence la nécessité de donner à la stratégie du « logement d'abord » l'ambition politique et les moyens qu'elle suppose.

> Quel hébergement pour les demandeurs d'asile ?

Ces dernières années, les associations d'accueil, d'accompagnement et de réinsertion sociale se sont fait l'écho d'une situation nouvelle : des demandeurs d'asile sont contraints de dormir à la rue. Et cette situation ne se limite plus à des personnes seules, elle touche aujourd'hui également des familles. Si l'État a fait un effort indéniable entre 2002 et 2006 en créant plus de 14 000 places de Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile (CADA) supplémentaires, les 21 410 places existant actuellement demeurent insuffisantes pour accueillir et héberger dignement les demandeurs d'asile en France.

Des normes minimales d'accueil pour les demandeurs d'asile, « conditions matérielles d'accueil », sont prévues par les textes européens et introduites dans le droit français

afin de « garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs »³. Elles comprennent « le logement, la nourriture et l'habillement, fournis en nature ou sous forme d'allocation financière ou de bons, ainsi qu'une allocation journalière ». Successivement depuis la dernière réforme du droit d'asile en 2003, le droit des étrangers et le Dispositif national d'accueil (DNA) font l'objet de nombreuses réformes auxquelles viennent s'ajouter les impacts de la révision générale des politiques publiques. Loin d'apporter les garanties nécessaires à la dignité de la prise en charge et de l'accompagnement des migrants, les réformes produisent des effets contraires.

Plusieurs possibilités s'offrent à l'État afin d'assurer ces conditions minimales d'accueil : CADA, dispositifs d'urgence dédiés aux demandeurs d'asile, versement de l'Allocation temporaire d'attente.

Mais l'hébergement en CADA ne peut être isolé de la problématique de l'accueil et de l'hébergement des demandeurs d'asile à l'entrée et à la sortie. Nombreux sont ceux qui n'ont pas d'hébergement avant d'entrer en CADA voire tout au long de la procédure d'asile, et qui, ainsi, ne bénéficient pas de l'accompagnement proposé en CADA. Le seul recours est celui de l'hébergement d'urgence déjà saturé. Aujourd'hui l'État impose des restrictions budgétaires qui se répercutent sur l'ensemble des CADA, plates-formes, et centres d'hébergement d'urgence. Les CADA verront par exemple leur budget diminué de 12% en trois ans. Les travailleurs sociaux des plates-formes d'accueil et des CADA ont de plus en plus de difficultés à assurer l'accueil et l'accompagnement des demandeurs d'asile, les files d'attente s'allongent, les procédures administratives s'alourdissent.

Nous pouvons espérer que la mise en place du Système intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), dont la fonction est de coordonner les acteurs qui interviennent dans les champs de la veille sociale (maraudes, 115), des centres d'hébergement jusqu'à l'entrée dans le logement, permettra d'avoir une meilleure vision des besoins et de mieux orienter les personnes sans abri tout en leur offrant une meilleure visibilité. Mais pour cela, il est aussi indispensable que les SIAO se mettent en lien avec le DNA des demandeurs d'asile pour organiser des modalités de coopération. L'inscription en 2007 de

l'accueil, l'accompagnement et l'hébergement des demandeurs d'asile sous la tutelle successive du Ministère de l'Immigration puis du Ministère de l'Intérieur accroît ces difficultés. On constate en effet un manque de liens fonctionnels avec le Ministère de la Cohésion Sociale et le Ministère du Logement, ce qui porte préjudice aux demandeurs d'asile : ceux-ci ne font plus partie des bénéficiaires des politiques de cohésion sociale.

> Un impossible accueil inconditionnel ?

Une contradiction peut apparaître entre ce que prévoient les textes en matière d'inconditionnalité de l'accueil et les dispositions sur le séjour irrégulier des étrangers qui, lui, est sanctionné par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Cette contradiction apporte de la confusion sur le droit en vigueur. Il s'agit de la lever pour permettre d'appliquer pleinement les règles juridiques existantes en matière d'hébergement.

La personne en situation irrégulière sur le territoire français, qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement, n'a pas vocation à rester sur le territoire français. Elle encourt des sanctions pénales en cas de maintien sur le territoire français au-delà des délais réglementaires. Elle bénéficie cependant d'un droit à l'hébergement et peut recourir à tout moment au dispositif de veille sociale

LA FNARS - Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale - est un réseau généraliste qui lutte contre les exclusions, promeut le travail social et ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social. Elle 850 associations et organismes publics qui, ensemble, gèrent plus de 2 700 établissements et services avec plus de 90% des centres d'hébergement d'urgence et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Au sein du DNA, elle fédère 67% des CADA (175), 62% des Centres provisoires d'hébergement (18 CPH) et 58% des plates formes d'accueil pour demandeurs d'asile gérées par des associations (14 PADA).

et accéder à un centre d'hébergement d'urgence. Le fait qu'un étranger puisse bénéficier d'un hébergement d'urgence et de l'aide sociale de l'État ne préjuge pas de la régularité de son séjour sur le territoire français. Il ne revient pas aux directeurs d'établissements de refuser l'accueil de cet étranger au motif que celui-ci serait en situation irrégulière.

Si nous n'avons pas entendu parler de « consignes » données aux 115 par l'État, pour écarter les sans papiers/demandeurs d'asile, nous savons que certaines préfectures ou certains services déconcentrés ont adressé par écrit des consignes administratives à des centres d'hébergement d'urgence qui conduisent à laisser à la rue des personnes d'origine étrangère, sous prétexte de gérer la pénurie de places. Soulignons également les injonctions contradictoires auxquelles sont soumises les associations gestionnaires des dispositifs d'hébergement. Pour une même personne en situation irrégulière, elles peuvent être sommées par les préfets successivement de l'héberger, puis de refuser l'accès au lieu d'hébergement, puis, à nouveau de l'héberger. De telles injonctions, qui semblent incohérentes aux intervenants sociaux, apparaissent comme une remise en cause de leur mission essentielle d'accueil inconditionnel et d'accompagnement de toute personne en situation de détresse.

Ajoutons enfin que la population « des étrangers » ne forme pas un tout homogène mais se caractérise par une grande diversité de situations : demandeurs d'asile qui ne peuvent, pour la majorité d'entre eux, être accueillis en CADA, déboutés qui ne peuvent ou ne veulent retourner dans leur pays d'origine, jeunes ou familles issus de pays d'Europe de l'Est, adhérents à l'Union européenne, qui sont en situation régulière, personnes qui ne sont pas juridiquement expulsables mais n'obtiennent néanmoins pas leur régularisation. Ces situations diverses nécessitent des réponses adaptées. ■

Pour aller plus loin : « Accueil et hébergement des étrangers en situation irrégulière et des demandeurs d'asile », Repères juridiques, Accueil et accompagnement des étrangers, fiche n°1, novembre 2010, FNARS

1 Le 115 est la ligne téléphonique d'accueil et d'aide aux personnes sans-abri et en grande difficulté accessible 24h/24 et gratuite

2 Rapport annuel de l'observatoire du 115 de 2011, FNARS

3 Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres (article 13)

Vu d'une association

Un toit, à quel prix ?

Karine Crochet

Assistante sociale au Comede



<http://collectifurgenceuntoit.over-blog.com>

En matière de logement, ce qui pour certains relève de l'usuel et de l'habituel relève pour d'autres d'une question de survie. Le logement est pourtant reconnu comme un besoin fondamental. Mais ni les déclarations de principes, ni la juxtaposition des dispositifs ne permettent de le garantir. Comment dès lors accompagner une personne dans quelque projet que ce soit sans lui offrir ce dont elle a le plus besoin ? Quelle réponse apporter à celui ou celle qui vient de passer une ou plusieurs nuits dehors ?

> Du logement à la mise à l'abri

Que dire à cette femme, à cet homme, à cette famille, sur notre incapacité, en tant que professionnel/le du social, à satisfaire ce besoin ? Que répondre sur les prétendus objectifs des lois ? Car ce dédale de lois et de dispositifs n'offre que peu de solutions. Là où nous pourrions croire que la diversité des types d'hébergement (CHU, SIAO, DALO/DAHO, CHR, CADA...) maximise les chances d'une admission, elle ne fait en réalité que complexifier le paysage de l'hébergement, au point que même les professionnels les

plus aguerris s'y perdent. Une admission, même à court terme, requiert souvent de déposer une demande, un dossier avec le nécessaire rapport social, qui à force d'être utilisé en perd son sens et son contenu.

Dans bien des situations, ceci conduit la personne à solliciter un hébergement d'urgence en faisant appel au Samu social, dernier rempart avant la rue, pour un passage qui est lourd de sens. Mais cela suppose de maîtriser le fonctionnement de ce dispositif d'urgence, d'être en mesure de se déplacer en région parisienne, d'avoir le bon titre de transport ET de parler une langue comprise par tous. La personne doit également disposer de « l'accompagnement d'une assistante sociale » : que de postulats à remplir pour un hébergement d'une durée parfois limitée à une seule nuit !

Cette notion d'hébergement, contrairement au logement, induit donc une temporalité à court et à moyen terme. Cela pose la question des moyens (et pas seulement financiers) dont la personne dispose pour concrétiser un projet de vie. Car paradoxalement, pour prétendre à un hébergement de plus longue durée, il faut que le demandeur, quels que soient son parcours, sa vulnérabilité, ses capacités, soit en mesure de se projeter et de construire un projet, et parfois d'écrire une lettre de motivation.

Quoi de plus paradoxal, pour le professionnel, que d'expliquer que le seul besoin d'avoir un toit ne suffit pas. Ce paradoxe est d'autant plus criant quand il s'agit d'accompagner, pour ma part, une personne exilée. En effet, l'expérience montre que pour cette population particulière, l'accès aux droits demeure plus difficile. Il ne s'agit pas de dire ici qu'une situation est plus critique qu'une autre. Mais mon expérience m'a démontré que dans ces situations de précarité, les demandeurs d'asile, les étrangers du fait de leur statut administratif précaire (APS, CST, récépissé) se trouvent dans une grande vulnérabilité.

Le concept de précarité reste très usité. Mais, il s'agit là de le comprendre sous l'angle de l'accumulation de difficultés : précarité du statut administratif, absence de réseau, absence de moyens de subsistance suffisants, inaccessibilité à des informations et aux droits, maîtrise relative du français, annonce d'une pathologie, séquelles d'un psycho-traumatisme... L'accumulation de ces difficultés place les exilés dans une situation de fragilité qui n'est pas sans impact sur leur vie au quotidien et sur leur capacité à faire valoir leurs droits.

Dans ce contexte, il ne s'agit plus de trouver un hébergement, mais un abri. En tant que professionnel du social, que dire d'une solution temporaire de mise à l'abri ? Qu'elles sont inadaptées ! Qu'elles mettent ces gens dans des situations intolérables au point de leur demander d'accepter ce que beaucoup d'entre nous trouveraient inacceptable, comme partager le lit d'un inconnu dans un hôtel social surchargé.

> L'effervescence du social et l'évolution du contexte

Face à cette situation intolérable, certains d'entre nous se mobilisent et s'organisent pour dénoncer cet indicible. L'organisation de nuits blanches (voir photo page 3) et la mise en place d'une coordination nationale (www.urgencesociale.org) témoignent du refus des professionnels d'être complices d'un système qui leur fait obligation de gérer la survie des usagers. L'intervention du professionnel du social se situe dans une urgence qui dure et qui, d'une certaine façon, maintient ces personnes dans la précarité et l'instabilité. Ce système génère sa propre violence par la maltraitance qu'il instaure : obligation de partager son intimité, incapacité à se projeter au delà de quelques jours, nomadisme « locatif », etc.

Cette situation oblige les professionnels à questionner leur pratique et à interroger l'enjeu de l'intervention sociale dans un contexte politico-institutionnel qui met à mal aussi bien l'usager que le professionnel. Se pose alors la question du sens de cette intervention et de la notion d'accompagnement au delà de toute mise à l'abri individuelle.

Ces mouvements de contestation démontrent le paradoxe des dispositifs d'aide et leur manque de moyens face à une popula-

tion en grande difficulté et en constante évolution. Il y a dix ans, nous parlions de personnes isolées à la rue, aujourd'hui, nous parlons de familles à la rue (souvent mono-parentales), ce qui interroge sur les modalités de l'entrée dans un dispositif d'urgence et de mise à l'abri. La figure du précaire a-t-elle changé au cours de ces années ? L'État s'est-il à ce point désengagé de certaines politiques sociales que seule la trêve hivernale permette de maintenir dans les lieux des familles entières, et que seule la chute des températures permette d'offrir pour quelque temps un abri aux plus précaires ?

A bien y regarder, il semble que l'urgence se retrouve à gérer les défaillances des autres dispositifs au détriment de la qualité de la prise en charge des personnes. Et nous savons tous combien ce passage dans l'urgence est une étape marquante et significative, avec cette inexorable question : « vais-je m'en sortir ? ». Dans ces batailles collectives et individuelles, où il faut trouver un endroit où dormir à cette personne que nous accompagnons, nous ne devons pas oublier ce que représente l'hébergement, en tant que lieu de vie, pour cette personne.

Un lieu qui, à travers la sécurité qu'il procure, permet à la personne de se poser, se reposer et de se reconstruire. Mais il ne faut pas non plus oublier combien la détresse de la vie dans la rue peut conduire certaines personnes à accepter l'inacceptable pour dormir en relative sécurité, ce qui les amènent à vivre des situations d'une extrême violence (exploitation, contraintes sexuelles...).

Trouver un hébergement constitue ainsi une grande responsabilité, et le seul fait de « savoir composer le numéro du Samu social » ne peut suffire à conclure que la personne dispose d'une « assez bonne connaissance et maîtrise du dispositif de l'urgence ». Il faut sans doute que chaque professionnel travaille sur ses propres représentations, accepte de bousculer son quotidien, et soit en mesure de se remettre en question pour éviter à l'avenir d'entendre que « la personne ne formule aucune demande pour elle-même ». Et ainsi d'éviter de demander à l'autre ce que tout professionnel du social a l'obligation d'aller chercher : la parole de l'autre. C'est à ce prix que nous pourrions garantir la nécessaire veille sociale. ■

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 39 32

■ **MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN**
Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org, indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE, REPERTOIRES REGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DU SUIVI MEDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DROITS, SOUTIEN ET ACCES AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12.

Accès aux dispositifs de soins, sécurité sociale, CMU, AME et droit au séjour pour raison médicale. Du lundi au jeudi de 9h30 à 13h.

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 63 11

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi. Tél : 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi, mercredi et vendredi. Tél : 01 43 52 69 55.

En 2011, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- Le Ministère de la Santé, Direction générale de la santé ;
- Le Ministère de l'Intérieur, Service de l'asile ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;
- L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France ;
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France ;
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France ;
- La Ville de Paris et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Fondation de France, la Fondation des entreprises du médicament et le Fonds Inkermann.

Vu d'un
groupement
d'intérêt
public

Repenser l'urgence toute l'année

Eric Molinié

Président du GIP Samusocial de Paris

L'intervention d'urgence sociale, immédiate et inconditionnelle, telle que la pratique le Samusocial de Paris, relève de l'assistance de la personne en danger ; elle constitue également une voie d'entrée dans une prise en charge d'insertion. Il s'agit d'assurer la protection des personnes à la rue en détresse physique, psychologique et sociale, d'une part en leur proposant une mise à l'abri dans un lieu adapté et de qualité et d'autre part en assurant leur prise en charge sur le plan médical, psychologique et social. En effet, au cours de leur séjour dans les structures du Samusocial de Paris, les personnes accueillies rencontrent travailleurs sociaux, juristes, médecins, spécialistes (gynécologue, dermatologue, pneumologue, psychiatre) et dentistes. En 2010, près de 6 000 consultations médicales et plus de 10 500 entretiens sociaux ont été réalisés dans les centres d'accueil et d'hébergement d'urgence.

En une année, le Samusocial de Paris aura hébergé et accompagné quotidiennement plus de 21 000 personnes malgré l'augmentation sans cesse croissante du nombre de demandes, la saturation des capacités d'hébergement et la gestion calendaire de l'attribution des places qui fragilise les usagers. Car si l'on ne peut contester le bien-fondé des mesures permettant de renforcer les capacités du dispositif d'hébergement d'urgence en fonction d'une situation météorologique qui accroît le danger pour les personnes à la rue, il est fondamental de repenser l'urgence tout au long de l'année. Pour cela, il faut sortir de la saisonnalité qui génère en fin de période hivernale un afflux de demandes auxquelles il n'est pas possible de répondre ; une grande partie des places d'hébergement d'urgence hivernales ferment chaque année leurs portes dès le 1^{er} avril et les personnes jusqu'alors prises en charge, parfois depuis plusieurs mois, se retrouvent sans solution et en rupture d'hébergement, de soins et de suivi.

La capacité du Samusocial de Paris à accueillir en urgence toute personne en grande difficulté ne peut se développer que s'il dispose des moyens suffisants pour assurer la sortie du dispositif. Le Samusocial doit en permanence s'adapter, ajuster ses méthodes afin de répondre au mieux aux réalités de plus en plus complexes et diverses sur le terrain ; il doit en effet faire face à de nouveaux défis.

> Inscrire l'évolution et la diversification des profils des personnes en situation de grande exclusion dans le fonctionnement

La fréquentation des dispositifs d'accueil et d'hébergement d'urgence du Samusocial de Paris ne cesse de croître : le nombre de nuitées attribuées a augmenté de 24% en 2010 ! Plus de 21 000 personnes seules ou en famille ont été hébergées chaque soir dans nos structures. Si cette augmentation des prises en charge est préoccupante, la surreprésentation des personnes en famille accueillies dans les hôtels gérés par le Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière l'est encore davantage. En effet, malgré la création des plateformes d'aide aux familles sans domicile (APTM, Ordre de Malte), on observe que le nombre de nuitées attribuées aux personnes en famille dépasse très largement celui des nuitées attribuées aux personnes isolées.

En dix ans, le nombre de personnes hébergées en famille est passé de 1 800 à 11 200, soit plus de 600% ; elles représentent pour la première fois en 2010 plus de la moitié des personnes hébergées par le Samusocial de Paris ! Autre fait marquant : plus de la moitié des familles accueillies sont monoparentales avec une femme à leur tête. La grande exclusion change de visage ; les familles, les femmes et les jeunes isolés de moins de 25 ans sont de plus en plus nombreux. Pour faire face à ces situations d'exclusions multiples, de plus en plus complexes,

il faut adapter et optimiser le fonctionnement du 115 de Paris, coordonner les maraudes parisiennes des différents opérateurs de l'urgence, ou encore généraliser l'hébergement 24h sur 24 au sein des structures d'urgence. Mais il est aussi nécessaire de développer davantage de coopérations et de partenariats pour construire un modèle durable et efficace de réponses aux situations d'urgence sociale, en allant chaque fois que cela est possible vers l'insertion.

> Assurer la prise en charge médicale malgré sa complexification

L'augmentation des sollicitations auprès des infirmiers lors des maraudes témoigne d'une fragilité plus importante des personnes en situation de rue et des difficultés d'accès aux soins. Bien que les patients se présentent spontanément aux consultations dans les centres d'accueil et d'hébergement du Samusocial de Paris, ils ne sont pas toujours enclins à se laisser examiner afin de réaliser un bilan somatique précis. Les examens complémentaires sont généralement exclus de la démarche diagnostique car il est rare qu'ils soient exécutés. À l'issue de la consultation, la moitié des patients nécessitent des soins infirmiers.

Les pathologies psychiatriques représentent dans 9,2% des cas le motif principal de consultation du médecin. Cette donnée met en évidence le nombre toujours plus important de patients pour lesquels toute action devrait s'inscrire dans la durée pour être adaptée au type de troubles dont ils souffrent.

Le dispositif Lits Halte Soins Santé (LHSS) du Samusocial de Paris regroupe cinq structures médico-sociales pour un total de 170 lits. Une consultation médicale se tient tous les matins, 7j/7, dans chaque LHSS. Le médecin y établit le diagnostic, les prescriptions, le suivi des soins et les demandes d'examen complémentaires. En fonction de l'évolu-

tion de l'état de santé du patient, il peut être amené à l'orienter vers des spécialistes extérieurs, et parfois à le faire hospitaliser. L'exercice de la médecine générale en LHSS devient de plus en plus compliqué en raison du nombre grandissant de poly-pathologies chroniques très évoluées qui nécessiteraient une prise en charge par des structures spécialisées et imposent un suivi complexe : programmation et prescription à intervalles réguliers de suivis biologiques, d'exams d'imagerie, de consultations spécialisées. La perte d'autonomie des patients, y compris les plus jeunes présentant des pathologies mixtes (de type neuropsychiques, psychiatriques, addictives), et la difficile observance d'un traitement médicamenteux sont soulignés par tous les médecins de LHSS. Certains patients restent pris en charge au long cours en LHSS à défaut de pouvoir être orientés dans des structures d'accueil adaptées. Par ailleurs, les LHSS reçoivent de plus en plus de patients sortant de l'hôpital et dont l'état de santé n'est souvent pas stabilisé. À noter que, même en cas de droits sociaux ouverts, une partie des patients n'est pas capable de gérer la complexité du parcours de soins. En 2010, le Samusocial de Paris a ouvert 24 lits d'accueil médicalisés (LAM) pour pouvoir prendre en charge des personnes qui vivent dans la rue depuis de nombreuses années et qui présentent des pathologies lourdes souvent liées à une consommation alcoolique les privant d'autonomie, ainsi que des personnes en situation de handicap physique ou psychique qui ont peu de chances d'intégrer des structures adaptées. L'ensemble de ces problématiques sont aggravées par l'errance et par l'absence de soins. Cette catégorie de population est d'autant plus en danger, qu'il n'existe ni structures ni méthodes adaptées à leur prise en charge complexe.

Le Samusocial de Paris est un véritable laboratoire de l'urgence sociale, capable d'expérimenter et de mettre en œuvre des solutions innovantes face à des besoins de plus en plus nombreux et divers. Il doit aujourd'hui renforcer ses liens avec tous ses partenaires, aussi bien ceux qui permettent de sortir de la rue, que ceux qui évitent d'y aller. C'est le seul moyen d'apporter aujourd'hui des réponses durables aux personnes qui saisissent la main que nous leur tendons. ■

Vu de l'AP-HP

L'hôpital comme dernier recours

Corinne Lamouche

Coordinatrice des Services Sociaux Hospitaliers, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Dès avril 2011, les équipes pluridisciplinaires des Maternités et les Services d'Accueil des Urgences (SAU) ont été confrontées à l'arrivée de familles avec ou sans enfants, monoparentales ou pas, avec pour certaines une grossesse en cours, sans hébergement, sollicitant « l'asile » à l'hôpital. Certaines sorties de Maternité ne pouvaient également se réaliser faute d'hébergement d'urgence pour les mères et leur enfant. Le phénomène s'amplifiant, le problème a pris une dimension institutionnelle.

> Réunions de crise à la préfecture

Dès la première réunion de crise à la préfecture, le cabinet de la Directrice Générale de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a souhaité mettre en place un dispositif de veille sociale confié aux services sociaux hospitaliers. Il s'agissait de traduire les remontées faites par les hôpitaux en données concrètes et mesurer une situation quelque peu minimisée. Un premier recueil a eu lieu sur six semaines (du 14 mai au 17 juin 2011) : 111 familles différentes - 45 familles au sein des SAU et 66 familles au sein des Maternités - avaient sollicité les équipes pour une « mise à l'abri ».

Sur les 45 familles accueillies au sein des SAU, 36 ont été orientées le lendemain matin vers l'assistante sociale des Urgences, pour recherche d'hébergement,



Petit matin dans un hôpital d'enfants

et 19 familles ont été admises par le Samu Social de Paris dès le lendemain, en nuitées hôtelières. Trente-trois familles étaient monoparentales, les deux parents étaient présents pour 11 familles ainsi que pour une famille élargie composée de 5 adultes avec enfants. Soixante-quatre enfants âgés de quelques semaines jusqu'à 12 ans pour le plus âgé ont dormi au moins une nuit au sein des Urgences.

Dans les Maternités, il s'agissait d'observer les femmes enceintes ou ayant accouché en rupture d'hébergement et venant d'elles-mêmes pour une mise à l'abri, les femmes enceintes hospitalisées faute d'hébergement, ainsi que les prolongations de séjours en maternité (postnatal) faute de places d'hébergement. Sur les 66 familles recensées, 26 femmes se sont présentées pour une mise à l'abri car en rupture d'hébergement. La veille, certaines avaient dormi dans la rue, dans des halls d'immeuble voire dans un local à poubelles. Le 115 sollicité a, pour une partie non négligeable de femmes, trouvé des solutions rapidement. Ainsi, pour les sorties d'hospitalisation, une solution à J3 de l'accouchement a pu être réalisée. Toutefois, pour 16 femmes, les délais seront plus longs et nécessiteront un allongement du séjour en post-natal, soit un prolongement total à l'AP-HP de 197 jours d'hospitalisation en Maternité sur cette période, dû à un manque d'hébergement suite à l'accouchement.

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du général Leclerc 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Tél. : 01 45 21 39 32 - Fax: 01 45 21 38 41
Mail : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:
Arnaud Veisse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:
Gabrielle Buisson-Touboul, Anne-Marie Chemali, Catherine Jollet, Marie Petruzzi, Pascal Revault, Laure Wolmark

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

> « C'est du social »

Le phénomène n'étant ni anecdotique ni ponctuel, l'AP-HP a maintenu sa veille sociale jusqu'au 20 novembre 2011 (après un mois de mise en place du plan hivernal), concentrée sur les SAU. Elle reste aujourd'hui vigilante. Sur cette période, les SAU ont accueilli 180 familles différentes composées de 261 adultes et 307 enfants (de 3 mois à 17 ans). Elles ont été orientées soit spontanément, soit par le Samu social des départements d'Ile de France (75-93-92-77), soit par la police ferroviaire, les commissariats, la Brigade Anti-Criminalité, le service social départemental, des particuliers et des partenaires associatifs tels que Médecins du monde. La « mise à l'abri » a été effective de 1 à 9 jours. Plus d'une dizaine de familles sont arrivées directement de leur pays (Europe de l'Est, Afrique, certains via l'Italie, la Belgique...) Pour la majorité des familles, le Samu social de Paris a pu proposer une solution dans un délai plus ou moins long. Les autres familles ont été prises en charge par la Coordination de l'accueil des familles de demandeurs d'asile (CAFDA), par les permanences sociales du Centre d'Action sociale de la Ville de Paris, ou par des particuliers ou de la famille. Pour certaines, un accompagnement social a été mis en place pour un retour au pays. D'autres sont retournés à la rue.

Aucun indicateur aujourd'hui, ne nous permet de croire qu'à la sortie du Plan Hivernal en avril 2012, la situation sera meilleure et qu'aucune famille ne se présentera aux portes de l'hôpital. Les chiffres ne parlent pas du désarroi des équipes hospitalières face à l'arrivée d'une famille sans hébergement. Les assistants sociaux sont en première ligne : c'est du « social ».

Beaucoup de débats ont eu lieu au sein des hôpitaux et au niveau de la Direction générale, des questions d'éthique bien sûr, de la limite de « l'hospitalité » d'un hôpital, de l'humanité tout simplement, des questions de responsabilités autour d'un concept nouveau de « mise à l'abri », de protection de l'enfance également.

Des schémas d'accueil ont été élaborés, tout en respectant l'évaluation pluridisciplinaire des professionnels et la dimension singulière de chaque situation. Il a fallu rappeler que nous étions certes *l'hôpital*, mais pas l'hôpital général d'antan auquel il m'est difficile de me référer, du fait de son rôle de contrôle



Installation d'une famille dans un local hospitalier

social de l'indigence et des indésirables, mais... nous n'en sommes pas si loin dans l'inconscience collectif. Même si je suis certaine que, dans l'esprit des professionnels qui orientaient ces familles vers l'hôpital, nous étions plutôt dans l'envoi vers le dernier lieu ouvert 24h/24, 7j/7 mieux que la rue, où on « prendrait soin » - le dernier recours.

> Un phénomène d'ampleur nationale

Dans le contexte actuel, l'hôpital a des contraintes multiples et des moyens limités pour répondre à sa mission première : le soin.

Il ne peut pas ou plus pallier les dysfonctionnements des structures sociales et médico-sociales. Les assistants sociaux hospitaliers qui représentent le volet social du sanitaire ont été désignés comme les professionnels hospitaliers compétents pour s'occuper de ces familles ; ils ont été fortement sollicités mais restent isolés face à la détresse humaine et à la désespérance de ces situations, sans aucun moyen supplémentaire, ni solution à proposer, confrontés à l'urgence sociale et non plus à l'urgence médicale.

L'échange entre professionnels socio-éducatifs des différents sites hospitaliers de l'AP-HP ainsi que l'encadrement socio-éducatif ont pu contribuer à les soutenir, à comparer les expériences et à se positionner tant face aux équipes pluridisciplinaires et administratives que face aux familles pas toujours conciliantes. Un rapprochement avec les équipes du Samu Social a souligné l'importance de partager les pratiques et les expériences entre travailleurs sociaux exerçant dans des domaines différents.

Une rencontre nationale entre responsables de service social hospitalier a permis de mettre en lumière que nous n'étions pas devant un phénomène parisien épisodique. Tous les grands centres hospitaliers sont confrontés à ces situations, que ce soit à Strasbourg, Nancy, le Mans, Rennes, Brest, Lyon, ou Lille. ■

Coordination française pour le droit d'asile, <http://cfda.rezo.net/> LE DES-ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE

Alors que la directive européenne 2003/9 relative aux normes minimales d'accueil des demandeurs d'asile oblige les États membres à prendre « des mesures relatives aux conditions matérielles d'accueil qui permettent de garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et assurer la subsistance des demandeurs », l'accueil des deux tiers des demandeurs présents en France n'est toujours pas assuré.

Au 31 décembre 2010, seuls 31,4% des demandeurs devant être hébergés en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) l'étaient. Les deux tiers des demandeurs d'asile doivent donc trouver d'autres solutions pour être hébergés. Certains le sont dans des structures d'urgence ne disposant pas de travailleurs sociaux capables de les accompagner dans leurs démarches, d'autres doivent se débrouiller auprès d'amis ou de compatriotes, souvent moyennant rémunération ; nombreux sont ceux qui se retrouvent à la rue.

Le choix budgétaire de ne pas créer de places supplémentaires en CADA a un coût humain. L'hébergement d'urgence, à la fois inadapté et coûteux, ne permet pas aux demandeurs d'exercer effectivement le droit d'asile.

La CFDA rappelle ses recommandations pour remettre sur pied le dispositif d'accueil :

[...] Le système français d'hébergement pour les demandeurs d'asile, caractérisé par la liberté de choix du mode d'hébergement (soit individuel, soit collectif en CADA), doit être rétabli. Pour que ce choix soit possible, il est nécessaire de créer rapidement de nouvelles places de CADA afin de loger ceux qui en ont cruellement besoin.



Le Comede a besoin de votre soutien

En ce début d'année 2012, la pérennité des actions du Comede est menacée par la réduction et la suppression des subventions publiques perçues les années précédentes par l'association. Cette évolution a pu être compensée en 2009 et 2010 par les dons et soutiens privés. **Mais le phénomène s'est accentué en 2011, conduisant à une baisse de près de 20% du nombre des personnes exilées accueillies au Centre de santé et à l'Espace santé droit. Les premières réponses obtenues de la part des financeurs du Comede pour l'année à venir confirment ou accentuent cette baisse, dans un contexte général de diminution des subventions publiques aux associations.** Or les besoins de soins et de soutien sont au contraire en augmentation parmi les exilés confrontés à la dégradation actuelle des conditions d'accueil et d'accès aux soins. Le soutien des donateurs privés est ainsi indispensable à la pérennité des actions du Comede en faveur de la santé des exilés.

> Les ressources de l'association

Après une progression régulière au cours des années 2000, ayant notamment permis le développement des actions d'information, de formation et de recherche du Centre-ressources du Comede, le budget annuel de l'association a diminué depuis 2009 pour se situer aujourd'hui à environ 1,4 million d'euros. Il faut y ajouter un budget supplétif de 1,3 million d'euros correspondant au bénévolat et aux prestations gratuites dont bénéficie le Comede de la part des institutions partenaires. En 2011, les produits restaient constitués à 85% par des subventions nationales, régionales et internationales. Les ressources propres du Comede (15%) étant pour moitié issues du remboursement des consultations médicales pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, elles diminuent à mesure que les obstacles à l'accès aux droits progressent. En outre, le Comede accueille prioritairement les exilés dépourvus de protection maladie, pour lesquels aucun remboursement n'est possible. La part des dons et soutiens privés représentant actuellement moins de 10% des produits, seule leur progression permettra de compenser la diminution des subventions publiques.

> L' action professionnelle du Comede

Les dépenses de l'association sont constituées à 86% par les salaires (incluant les charges et taxes), soit 45% des dépenses totales incluant le budget supplétif. Le coeur de métier du Comede, c'est l'humain : accueillir, soigner, soutenir, informer, former et développer une expertise singulière par un travail quotidien de recherche et d'observation, telles sont les missions d'une équipe pluridisciplinaire qui, par son implication, façonne chaque jour l'action du Comede. Au 1^{er} janvier 2012, l'équipe professionnelle compte trente-trois salarié(e)s et douze bénévoles.

Depuis sa création en 1979, le Comede a accueilli, soigné et soutenu plus de 100 000 patients de 150 nationalités.

Demandeurs d'asile, réfugiés, mineurs isolés, étrangers malades, en séjour précaire, les exilés cumulent les facteurs de vulnérabilité pour la santé.

Les activités d'accueil, soins et soutien pour ces personnes (Centre de santé et Espace santé droit), et de recherche, information et formation destinées à ceux qui leur viennent en aide (Centre-ressources du Comede) sont indissociables pour faire face à l'ampleur des besoins.

Pour en savoir plus sur les services et activités du Comede, voir les rapports annuels de l'association sur le site www.comede.org

POUR SOUTENIR LES ACTIONS DU COMEDE :

- Envoyez vos dons par **chèque** à l'ordre de « Association Comede », Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, BP31, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex. Nous vous adresserons en retour un reçu fiscal pour l'année en cours.
- Ou utilisez le **télépaiement** sur le site www.comede.org, pour un don ponctuel ou régulier (*un service de prélèvement automatique sera proposé prochainement sur le site du Comede*).
- Vous pouvez également soutenir le Comede en faisant connaître notre association et en diffusant cet appel dans votre réseau de connaissances.

*Si vous êtes imposable, vous bénéficiez d'une **réduction d'impôt sur le revenu de 66 % du montant de votre don dans la limite de 20% de votre revenu imposable** (au-delà de 20%, report possible sur les 5 années suivantes).*