

RAPPORT

HÉBERGEMENT ET PARCOURS DE SANTÉ

Etude diagnostique et préconisations



SEPTEMBRE 2023

Service Intégré
d'Accueil et
d'Orientation du
Bas-Rhin

Rapport hébergement et parcours de santé des personnes sans domicile dans le Bas-Rhin

L'observation sociale au SIAO 67

Avec son rôle de centralisation de l'ensemble des demandes d'hébergement et de logement d'insertion sur le territoire du Bas-Rhin, le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) 67 dispose d'une large visibilité sur les différents dispositifs existants, les publics qu'ils accompagnent et leurs besoins. Le système d'information offre également l'accès à une importante base de données, sur laquelle nous nous basons entre autres pour fournir des statistiques hebdomadaires.

Par ailleurs, les échanges avec les partenaires, qu'ils soient acteurs de la veille sociale ou opérateurs de dispositifs d'insertion, permettent de recueillir des constats et observations de terrain précises. Cette position particulière du SIAO offre la possibilité d'avoir une analyse fine des besoins du public à l'échelle locale.

En développant ce rôle d'observation sociale, le SIAO 67 souhaite ainsi contribuer à une meilleure interconnaissance des enjeux et difficultés rencontrés sur le terrain par les acteurs du secteur de l'AHl (Accueil, Hébergement Insertion), en se focalisant sur l'étude de certaines thématiques. Une fois ces besoins identifiés, il s'agit également de proposer des pistes de réflexion et d'amélioration, inspirées notamment des pratiques repérées sur d'autres territoires, afin de faire en sorte que les solutions apportées aux personnes dans leur parcours d'insertion soient toujours adaptées au mieux.

Présentation de l'étude et question de départ

La question de l'état de santé des personnes hébergées ou en demande d'hébergement est au cœur du travail quotidien du SIAO 67 et de ses partenaires. Du côté de l'hébergement d'urgence, nous constatons **de nombreuses situations de personnes vivant à la rue et appelant le 115, dont l'état de santé est parfois très dégradé**, que ce soit du fait des conditions de vie à la rue, ou justement parce que leurs problèmes de santé ont représenté, à un moment donné, un facteur d'exclusion.

Au sein des dispositifs d'hébergement et de logement d'insertion, les opérateurs font remonter des **difficultés à accompagner un public cumulant parfois plusieurs problèmes de santé**, que ce soit un handicap, une maladie chronique impliquant un traitement lourd, des troubles d'ordre psychiatrique, des pratiques addictives, ou encore une avancée en âge. Le **manque de relais adapté ou de perspective de sortie** sont alors source de questionnements.

En somme, ce rapport vise à éclairer **la manière dont s'articulent les parcours d'insertion avec les parcours de santé des personnes sans domicile**. De quels problématiques de santé s'agit-il ? Comment le système de l'hébergement permet-il de répondre à ces problématiques identifiées ? Quels sont les principaux freins encore existants dans ces parcours ?

Nous dresserons d'abord le diagnostic des besoins identifiés chez le public sans domicile sur le territoire et analyserons comment le système de l'hébergement actuel permet de prendre en compte ces besoins. Dans une seconde partie, nous proposerons un ensemble de propositions concrètes pour répondre au mieux aux problématiques identifiées.

Liste des sigles utilisés

ACS : Aide Complémentaire Santé

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AHI : Accueil, Hébergement Insertion

ALD : Affections Longue Durée

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

ARS : Agence Régionale de Santé

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAS : Centre d'Accueil et de Soins

CASO : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre communal d'action Sociale

CEA : Collectivité Européenne d'Alsace

CHE : centre hospitalier d'Erstein

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CMP : Centre M2dico Psychologique

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPAR : Centre de Préparation Au Retour volontaire

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel

DDETS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

EHPAD Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMH : Equipe Mobile Hôtel

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EMR : Equipe Mobile de Rue

EMS : Eurométropole de Strasbourg

EPSAN : Etablissement Public de Santé Alsace Nord

ESSIP : Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité

FAS : Fédération des Acteurs de la Solidarité

FNSS : Fédération Nationale des Samu-Sociaux

HCE : Hôtel du Château d'Eau

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LAM : Lit d'accueil Médicalisé

LHSS : Lit Halte Soins Santé

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PAEJ : Points d'accueil et d'écoute pour les jeunes

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMR : Personne à Mobilité Réduite

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RSA Revenu de Solidarité Active

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

SHR : Service Hébergement Relais

SI SIAO : Système d'information du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SPPOC : Santé Population Précaire Orientation Concertée

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Méthodologie.....	6
Caractéristiques du territoire	7
Partie I : Diagnostic	9
A) Les besoins en termes de santé des personnes sans-domicile	9
1. Santé et sans-abrisme, une corrélation multifactorielle déjà mise en avant par de nombreux travaux.....	9
1.1. L'exclusion et le sans-abrisme comme facteurs d'une dégradation de l'état de santé....	9
1.2. Renoncement aux soins et retard de soins : des phénomènes aux conséquences lourdes qui renseignent sur un rapport au soin particulier.....	11
1.3. La santé comme facteur d'exclusion.....	14
2. Situations d'urgence et besoins identifiés au pôle veille sociale du SIAO 67	16
2.1. Au pôle veille sociale, de nombreux signalements concernant des personnes avec une santé très fragile	16
2.2. Les sortants d'hospitalisation : besoin de convalescence et de soins à long terme	18
2.3. Caractéristiques du public à l'hôtel : une population invisibilisée et à l'écart des radars institutionnels.....	18
3. Un public vieillissant et/ou cumulant plusieurs problématiques de santé	20
B) Une offre d'hébergement peu adaptée aux besoins sanitaires du public	22
➤ Etat des lieux des dispositifs existants et cartographie des acteurs.....	22
1. Des hébergements médicalisés en nombre insuffisant ou difficilement accessibles	26
1.1. En hébergement médicalisé, un fonctionnement à flux tendu qui s'explique en partie par la difficulté à trouver des sorties adaptées pour le public accueilli	26
1.2. L'absence de centralisation des demandes d'admission qui amène à une multiplication des démarches dans une logique d'urgence	27
1.3. Les logiques de priorisation selon la vulnérabilité entraînent mécaniquement un glissement du public.....	28
2. L'hébergement d'urgence, une réponse par défaut et mal adaptée aux besoins des personnes	28
2.1. Hébergement d'urgence : Un manque de place et de réponse immédiate face aux signalements.....	28
2.2. Un parc d'hébergement peu adapté aux problématiques de santé, à défaut d'autres solutions	31

2.3. Une « médicalisation » du public accueilli par le secteur de l’AHI et une dégradation générale de l’état de santé des personnes observé	33
3. L’état de santé : frein au parcours d’insertion et motif majeur d’engorgement des dispositifs	34
3.1. Des structures d’hébergement réticentes à accueillir un public présentant plusieurs problèmes de santé	35
3.2. L’état de santé stabilisé comme condition d’accès à l’hébergement et aux dispositifs adaptés	36
3.3. Une sortie de rue difficile pour les personnes avec des problèmes de santé	37
4. Une intervention dans l’urgence et un manque de cohérence de parcours sur le long terme	40
4.1. Au SIAO, les critères de santé au centre d’une logique de priorisation des publics vulnérables, malgré l’absence de compétence médicale	40
4.2. Des parcours d’insertion fragmentés et marqués par des ruptures d’hébergement....	42
Conclusion.....	44
Partie II : Préconisations	45
A) Renforcer le nombre de places adaptées aux personnes avec des problématiques de santé de sorte à pouvoir fluidifier les parcours	45
1. Renforcer le parc actuel de places dédiées en hébergement médicalisé et fluidifier les sorties dans une démarche de parcours.....	45
2. Renforcer les moyens d’actions des structures d’hébergement classique pour prendre en compte la dégradation de l’état de santé des personnes	45
3. Créer des places d’hébergement et d’évaluation des situations avec un regard croisé médical et social.....	46
4. Créer ou sanctuariser des places dédiées aux personnes vieillissantes avec un parcours de rue	46
5. Répondre aux besoins des aidants	46
B) Faciliter l’accès aux dispositifs dédiés et la coordination de parcours	46
1. Créer une commission unique d’accès aux dispositifs spécialisés	47
2. Créer une commission pour les parcours de soins complexes.....	47
3. Créer une équipe mobile « Interface » capable de faire le lien entre les personnes à la rue et les dispositifs dédiés	47
Références	50

Méthodologie

- **Contexte de l'étude**

Ce rapport a été réalisé par Michaël JOUVRAY dans le cadre d'un stage de fin d'étude du Master 2 sciences sociales du politique (Sciences Po Strasbourg), au sein du pôle « observation sociale » du SIAO 67. La réalisation de ce dossier s'est étalée sur une période de six mois, sous la direction d'Éric DEMONSANT, directeur du SIAO 67.

Ce travail s'est fait dans la continuité et la complémentarité de la démarche du séminaire « Santé Précarité » engagée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand-Est et la Direction Départementale Emploi Travail Solidarité (DDETS).

- **Méthodologie d'enquête**

Dans la première partie, un travail de recherche documentaire revient sur les précédentes études traitant de la question de la santé des personnes sans domicile. En parallèle, **l'expérience des équipes du SIAO 67** et la réalisation **d'entretiens exploratoires** auprès de partenaires ont permis de mieux cadrer les principaux axes de recherche.

Ce dossier se base en partie sur **des données statistiques et quantitatives dont dispose le SIAO 67**. Ces dernières proviennent d'extractions de l'outil « indicateur » du SI SIAO, mais aussi de deux bases de données réalisées pour cette enquête. La première a été créée à partir des signalements adressés à la veille sociale du SIAO 67 concernant des personnes isolées, sur une période d'un mois. La seconde concerne les personnes hébergées à l'hôtel et provient d'un outil de recensement des ménages, rempli par les partenaires qui y interviennent.

L'étude repose également sur le recueil des observations et expériences des opérateurs de terrain par le biais **d'entretiens semi-directifs**. Avec les entretiens exploratoires, 15 services différents ont été rencontrés, parfois de manière individuelle, parfois avec toute ou une partie de l'équipe.

Par ailleurs, trois entretiens ont été réalisés auprès de personnes hébergées en Lit Halte Soins Santé (LHSS), et trois entretiens avec des personnes hébergées en logement accompagné et ayant connu un long parcours de rue. Ces échanges se sont révélés particulièrement riches et permettent d'aborder la question de l'hébergement du **point de vue de l'expérience qu'en ont ses bénéficiaires**.

Nous tenons d'ailleurs à remercier l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ce travail, pour leur temps et leur aide précieuse.

Liste des entretiens exploratoires :

Service	Fonction de(s) la personne(s) rencontrée(s)
Lit Halte Soins Santé / Lit d'accueil Médicalisé	Directrice
Appartement de Coordination Thérapeutique	Equipe de direction

Liste des entretiens :

Service	Fonction de(s) la personne(s) rencontrée(s)
Lit Halte Soins Santé / Lit d'accueil Médicalisé	Infirmière Directeur
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Direction et équipe du service social
Eurométropole de Strasbourg : Equipe Mobile de rue / accueils de jour / hébergement d'urgence	Direction et équipe infirmière
Médecin du monde	Equipe mobile
Accueil de jour	Equipe de coordination
Centre d'hébergement de stabilisation	Cheffe de service
CHRS	Cheffe de service et équipe sociale
Pension de famille	Cheffe de service
Résidences sociales	Equipe d'intervention sociale
Service Médico-Psychologique Régional	Equipe du service social
SIAO 93	Directrice
SIAO 75	Coordinateur de mission
Personnes hébergées en LHSS	3 personnes
Personnes hébergées en logement d'insertion	3 personnes

Caractéristiques du territoire

Ce rapport concerne le **département du Bas-Rhin**. Dans les faits, presque tous les acteurs interrogés proviennent de l'Eurométropole de Strasbourg (EMS), qui concentre la majorité des dispositifs d'intervention sociale du département. Le taux de pauvreté du département s'élève à 13,2 %, ce qui est relativement plus bas que la moyenne nationale (16,6 %). Les régions urbaines concentrent néanmoins un taux de pauvreté beaucoup plus élevé, jusqu'à 25% à Strasbourg¹.

- **Une offre d'hébergement généraliste élevée, majoritairement tournée vers l'urgence**

Le Bas-Rhin dispose d'une offre d'hébergement généraliste importante, qui s'élève à 6199 places en 2023². Le taux de places par habitant est un des plus élevé en France (4,9 places d'hébergement pour 1 000 habitants, contre 2,6 en France métropolitaine)³. Le parc d'hébergement est à 87 % destiné à l'urgence, ce qui en fait aussi un des taux les plus hauts de France.

Par ailleurs, on compte 4 626 places en logement adapté dans le Bas-Rhin en 2023 (résidences sociales, intermédiation locative, etc.), avec une très **forte proportion de places en intermédiation locative** (46 %) en comparaison aux autres territoires du Grand-Est (10 % en Moselle).

- **Un territoire attractif, notamment en termes d'asile et d'immigration**

En termes d'asile et d'immigration, le Grand-Est, dont notamment Strasbourg, se caractérise par une population plus importante d'Europe de l'Est, des Balkans et du Caucase⁴. Le taux de protection est

¹ Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2023.

² Statistiques communiquées par la DDETS du Bas-Rhin

³ Drees, enquête AHI décembre 2020, données provisoires ; Insee, recensement de la population 2018, Filosofi 2018

⁴ Delcroix, Catherine, Elise Pape, et Anja Bartel. « Strasbourg : une politique municipale volontariste d'aide aux migrants. Le cas des « ménages à droits incomplets » », *Migrations Société*, vol. 185, no. 3, 2021, pp. 81-98.

plus faible pour les demandes d'asile provenant de ces « pays d'origines sûrs » selon la classification du Ministère des Affaires Etrangères. De même, la région Grand-Est accueille proportionnellement **beaucoup plus de familles en demande d'asile** (68 % d'arrivée en famille contre 22 % en Ile de France en 2017⁵). En conséquence, le département compte un nombre important de familles déboutées de l'asile, qui constituent aussi une part du public sans-domicile du Bas-Rhin. L'immigration pour des raisons de santé explique en partie ce phénomène.

- **Une offre de soins importante qui cache des disparités, rapportée au nombre d'habitant**

Le territoire se démarque par son **offre de soins importante**. On dénombre par exemple 10 services d'accueil d'urgence générale, ce qui en fait le département le plus doté du Grand-Est⁶. De même, l'offre en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) est non seulement la plus élevée de la région (avec 4 633 lits et places), mais représente aussi un taux par habitant significativement supérieur à la moyenne nationale (4,18 place pour 1 000 habitants dans le Bas-Rhin contre 3,74 en France métropolitaine).

Le Bas-Rhin se démarque également par une concentration de l'offre de traitement par hémodialyse avec 14 structures de traitement pour 232 postes, ce qui en fait le département le plus doté du Grand-Est pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Le département enregistre néanmoins un taux d'équipement par habitant plus faible que la moyenne nationale pour les services de **Soins de Suite et de Réadaptation** (SSR, 1,46 places pour 1 000 habitants dans le Bas-Rhin contre 1,80 en France métropolitaine) ; ainsi que pour **l'offre sanitaire en psychiatrie** (1,26 places d'hospitalisation pour 1 000 habitants, contre 1,45 en France métropolitaine).

En termes de santé, la population du Bas-Rhin se caractérise par une **prévalence des Affections Longue Durée (ALD) 15 % plus élevée** par nombre d'habitant qu'en France métropolitaine. Pour la seule ville de Strasbourg, ce taux est 24 % plus élevé⁷.

⁵ OFII, Rapport d'activité 2017, Paris : OFII, juin 2018, 128 p. (voir p. 91), http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_ raa_ 2017.pdf,

⁶ ARS, Projet Régional de Santé 2018 – 2027, Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand-Est, Avril 2017. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14091/download?inline>

⁷ CNAMTS-MSA, RSI, issus des travaux OLS EmS, exploitation ORS Grand Est

Partie I : Diagnostic

A) Les besoins en termes de santé des personnes sans-domicile

La santé est considérée ici dans son sens large, comme c'est le cas dans la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (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 »⁸. Nous reviendrons sur la spécificité et les caractéristiques des problèmes de santé rencontrés par les personnes sans-domicile, avant d'analyser plus en détails les besoins recensés sur le territoire du Bas-Rhin.

1. Santé et sans-abrisme, une corrélation multifactorielle déjà mise en avant par de nombreux travaux

Le lien entre la santé et l'absence de domicile a déjà fait l'objet de plusieurs études nationales ou internationales. Il en ressort une corrélation évidente, bien qu'il reste difficile de faire état de la multitude de situations auxquels cela peut renvoyer, tant les profils et difficultés rencontrées sont hétérogènes. Pour commencer, il semble important de rappeler les résultats de ces précédentes études.

1.1. L'exclusion et le sans-abrisme comme facteurs d'une dégradation de l'état de santé

- **Un niveau de santé perçue des personnes hébergées inférieure à la population générale, et qui varie selon le sexe, l'âge et le temps de présence en structure.**

Selon l'étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) menée en 2012 auprès des personnes fréquentant les dispositifs d'hébergement et de distribution alimentaire⁹, **l'état de santé perçue des personnes sans domicile apparaît bien inférieur à celui de la population générale**. En effet, 23% des personnes interrogées déclarent avoir un état de santé « mauvais » ou « très mauvais », contre 8% en population générale. Ce taux était de 16% lors de la première édition de l'étude en 2001, ce qui révèle **une dégradation de l'état de santé de ce public** perçue en 10 ans.

De plus, **les femmes et les personnes âgées** sans domicile ont moitié moins de chance de se déclarer en bonne santé que les hommes sans domicile.

Enfin, il apparaît que **plus une personne reste longtemps en dispositif d'hébergement**, plus elle a de chance de déclarer un état de santé dégradé : les personnes présentes depuis plus de 6 mois en structure d'hébergement ont 20% de chances supplémentaires de déclarer un mauvais état de santé, en comparaison avec les personnes présentes depuis moins de 6 mois. Après 2 ans de présence, ce taux monte à 30%.

- **Des observations similaires pour les personnes sans-abri rencontrées par les équipes de maraude**

⁸ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946

⁹ Santé Publique France, Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(36-37):662-70. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/pdf/2015_36-37_2.pdf

L'étude nationale des maraudes et Samu sociaux donne des indications plus récentes sur le public sans-abri¹⁰, peu pris en compte dans l'enquête de l'INSEE (qui ne concerne que les personnes hébergées ou fréquentant certains dispositifs). Cette fois, c'est l'état de santé évalué par les équipes des maraudes dont il est question. Ainsi, parmi les personnes rencontrées lors de maraude en 2021, 45% n'avaient pas un bon état de santé selon les équipes, dont 16% étaient perçues comme ayant un état de santé « mauvais » ou « très mauvais ».

La part de personnes avec un état de santé jugé mauvais augmente avec l'âge : 29% des ménages de 18 à 24 ont un état de santé jugé de « pas bon » à « très mauvais », contre 48% des 46-60 ans et 47% des plus de 60 ans. Le fait que la catégorie des 46-60 ans soit la plus représentée avec un état de santé décrit comme « mauvais » ou « très mauvais » rejoint le constat d'un **vieillessement prématuré de ce public**.

Enfin, **plus le temps d'errance des personnes est long**, plus elles ont de probabilités d'avoir un mauvais état de santé observé.

Les principales problématiques observées chez les personnes sans abri par les équipes de maraude sont des troubles liés à l'addictologie (56 %), des troubles psychiatriques (45 %), et des troubles somatiques (54 %).

Soulignons toutefois **l'absence de professionnel médical** dans une grande majorité de ces maraudes sur lesquelles se base l'étude. D'une part, il se peut que ces chiffres soient sous-évalués ; d'autre part, cela révèle le dénuement de certaines équipes de maraude face à des problématiques de santé parfois extrêmement complexes, sans avoir ni les moyens, ni les compétences pour les identifier.

- **Une population beaucoup plus exposée à certaines morbidités somatiques**

Si la population sans-domicile ne présente pas de pathologies spécifiques, l'épidémiologie de certains problèmes de santé apparaît particulièrement plus élevée que celle de la population générale. Ainsi, une étude de l'académie nationale de médecine réalisée en 2013 montre que les **migraines et céphalées**, ainsi que les **maladies du système digestif** sont cinq fois plus fréquentes chez les personnes sans-domicile¹¹.

Les **maladies respiratoires** (notamment dues à des pathologies transmissibles), **l'hypertension**, les **maladies de peau** ou encore les **maladies cardio-vasculaires** sont quant à elles deux fois plus fréquentes chez cette population.

Cela peut s'expliquer directement par le mode de vie extrêmement rudes causé par l'absence de domicile : stress important, mauvaise hygiène de vie, difficulté d'accéder à une nourriture saine et équilibrée, risques de transmissions accrus, insalubrité, etc.

- **Des affections physiques graves directement en lien avec les conditions de vie à la rue**

Surtout, la même étude montre que les personnes sans domicile sont sept fois plus exposées à des **séquelles d'accident ou de maladie grave** par rapport à la population globale¹². Cela témoigne

¹⁰ Fondation Nationale des Samu Sociaux, Lamarque E., Chérut G., Etude nationale maraudes et Samu sociaux sur le sans-abrisme. FNSS, FAS, 2021. [FNARS_fedesamu_2021.indd \(federationsolidarite.org\)](#)

¹¹ Cha, O. La santé des sans-abri, Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, no 2, 277-291, séance du 5 février 2013

¹² *Ibid.*

notamment de la grande difficulté pour ce public de bénéficier d'un suivi médical et d'une observance thérapeutique de qualité.

Les conditions de vie à la rue sont particulièrement propices à des agressions violentes, viols, brûlures ou autres accidents. Une étude de Médecin du monde évoque les conséquences nocives de ce mode de vie : Plaies non traitées vues au stade d'ulcère infecté, fractures non réduites et mal consolidées, contusions diverses, etc. L'étude souligne que cette « *traumatologie spécifique débouche souvent sur un handicap, aggravant de toute évidence les conditions de vie des personnes sans-abri* »¹³. Là encore, **la brièveté ou le retard de prise en charge médical constituent des facteurs aggravants** de ces affections physique.

ÉTUDE EPISTEMOLOGIQUE SUR LE DIABÈTE CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

Les risques liés au diabète chez les personnes sans domicile illustrent la manière dont les conditions de vie à la rue ou en hébergement d'urgence peuvent aggraver les conséquences d'une maladie chronique.

En 2009, une étude épidémiologique sur le diabète a été réalisée au sein de 9 centres d'hébergement d'urgence à Paris¹⁴. La prévalence de la maladie y est de 6,1 %, contre 4,9 % en population générale, ce qui ne constitue qu'une légère surreprésentation. Cependant, les complications majeures entraînées par la maladie apparaissent beaucoup plus fréquentes pour le public sans domicile. Le non-contrôle régulier des glycémies est notamment dû aux conditions de vie précaire, et témoigne des difficultés pour ces patients de supporter la charge de cette maladie chronique, dont les conséquences peuvent être extrêmement grave.

Parmi les personnes sans domicile interrogées atteintes de diabète, 25% avaient au moins une complication macro vasculaire, 32 % avaient une rétinopathie et 21 % avaient reçu un traitement par laser ophtalmologique ; 17 % avaient subi une amputation, 6 % avaient une artérite des membres inférieurs et 35 % un risque podologique élevé.

« *L'autocontrôle est extrêmement difficile à mettre en place et l'alimentation étant aléatoire dans sa qualité et sa quantité, le problème reste très complexe à traiter. C'est d'ailleurs un des motifs les plus fréquents de consultation dans les SAU [Service d'Accueil des Urgences].* », Dr Claude JAFFIOL sur le danger d'hypoglycémie chez les diabétiques sans domicile¹⁵.

1.2. Renoncement aux soins et retard de soins : des phénomènes aux conséquences lourdes qui renseignent sur un rapport au soin particulier

- **Prendre soin de soi dans l'urgence : entre sens des priorités et déni**

¹³ Médecins du Monde, Pas de santé sans toit ni droit — L'accès aux soins, à l'hébergement et au logement des personnes sans-domicile dans l'agglomération lyonnaise ; Dossier technique, Lyon 2009.

¹⁴ Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. BEH 2008; 43: 418-20.

¹⁵ Cha, O., op. cit.

« A la rue on est en mode survie, t'as pas le temps de penser à tes problèmes de santé ou quoi... Il faut penser à avoir un endroit où dormir, à manger, à se doucher, etc... La santé on s'en fout un peu, mais bien sûr qu'elle est mauvaise ». Personne hébergée en logement d'insertion

Souvent du fait des conditions de vie à la rue, le renoncement aux soins ou le retard de recours aux soins sont des phénomènes fréquents chez les personnes sans domicile. De nombreux témoignages font état de cette impossibilité de mettre la santé au premier plan lorsque l'on vit à la rue. L'urgence de la situation peut même parfois amener au déni de la maladie, voire à la disparition de symptômes, au risque qu'ils ressurgissent avec violence lorsque les conditions matérielles s'améliorent.

« Quand on se retrouve à la rue avec des problèmes de santé, comme on sait qu'on n'a pas les moyens de se soigner et que l'urgence est à la survie, il y a un déni. Parfois, même les symptômes disparaissent et le regard sur la douleur n'est pas le même. »¹⁶

L'expérience récente des confinements sanitaires en 2020 et 2021, durant lesquels les places d'hébergement d'urgence ont été un temps pérennisées, ont permis des observations allant dans le même sens. Ainsi, le rapport d'activité de l'association AAHJ en 2020 évoque le fait que quelques semaines d'hébergement sans discontinuité ont amené certaines personnes en retard de traitement à voir ressurgir certains symptômes¹⁷. Cela a finalement permis de pouvoir se concentrer de nouveau sur les soins dont ils avaient besoin.

L'accès à une mise à l'abri stable apparaît donc comme une première étape nécessaire pour amorcer un parcours de soin de manière durable.

- **Pour les personnes sans domicile, un bon accès aux consultations médicales mais des disparités selon l'âge, le sexe et le type d'hébergement**

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée en 2015 apporte des précisions sur l'accès du public sans domicile à des consultations médicales. Ainsi, parmi les personnes fréquentant les structures d'hébergement ou de distribution de nourriture, neuf sur dix ont consulté un médecin dans les douze derniers mois¹⁸.

Néanmoins, ce chiffre cache certaines disparités : chez les **personnes de plus de 60 ans**, ce ratio passe ainsi à six personnes sur dix seulement. De même, **les hommes sans domicile sont plus éloignés du système de santé** que les femmes : ils sont 21 % à n'avoir pas consulté de médecin dans l'année, contre 6 % des femmes.

Le lieu d'hébergement indiqué dévoile aussi des inégalités : les personnes présentes en hébergement hôtelier ont deux fois moins de chance d'avoir consulté un médecin que celles en logement accompagné, et les personnes à la rue ou en haltes de nuit 3,5 fois moins.

- **Des passages plus fréquents en hospitalisation et aux services d'urgence pour les personnes à la rue, qui témoigne d'un rapport aux soins discontinu et de prises en charges tardives**

¹⁶ FNARS, La maladie cet obstacle à l'insertion, Le magazine de la FNARS n°6 – Hiver 2014. Entretien avec Jean-François

¹⁷ AAHJ, Rapport d'activité 2020, PAHC, 6. Les bienfaits à retenir des confinements, p.16

¹⁸ DREES, Le recours aux soins des sans-domicile, Études et résultats N°933, Septembre 2015

De même, l'étude révèle un **rapport aux soins particulier, marqué par des passages en hospitalisation**, voire en service d'urgence. Les dernières consultations des personnes interrogées lors de l'étude se sont déroulées pour 20 % d'entre elles à l'hôpital, dont plus de la moitié concernait un service d'urgence. Là encore, les personnes à la rue ou fréquentant les haltes de nuit sont les plus à même d'avoir eu recours à l'hôpital : 32 % d'entre elles ont réalisé leur dernière consultation à l'hôpital, contre 28% pour les personnes hébergées à l'hôtel, 23 % pour les personnes en hébergement collectif et 14 % pour les personnes en logement accompagné.

L'enquête révèle également qu'un tiers des personnes sans-domicile interrogées ont été hospitalisé au moins une fois dans l'année. Pour 72 % des cas, il s'agissait d'hospitalisation d'urgence. Les causes de ces hospitalisations sont liées à une maladie (dans 30 % des cas), à un accident (17 %) ou à une opération (11%). Enfin, les troubles liés à une addiction représentent 8 % des hospitalisations, tout comme les troubles d'ordre psychiatriques (8 %).

Cette particularité du rapport aux soins des personnes sans domicile a déjà fait l'objet d'études, dont celle de L. Fournier et C. Mercier : « *Le ratio hospitalisations - consultations externes [des personnes sans domicile] est plus élevé que dans la population générale, ce qui indique que non seulement ils sont plus malades mais également qu'ils ont tendance à consulter plus tardivement. De la même façon, ils se présentent davantage au service d'urgence qu'en bureau privé et reçoivent des traitements chirurgicaux en situation d'urgence [plutôt que de manière préventive]* »¹⁹

- **L'absence de couverture maladie, un frein persistant pour l'accès à un suivi médical**

Par ailleurs, la même enquête de la DREES montre qu'il existe une corrélation entre le **type de couverture santé et le taux de recours aux soins**²⁰. Ainsi, les personnes sans domicile avec une mutuelle ont eu recours à plus de 90% à un médecin dans la dernière année, tout comme les personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME). En revanche, les personnes n'ayant aucune couverture complémentaire sont moins de 70% à avoir eu recours à un médecin, et celles sans aucune couverture maladie avoisinent les 60 %. Les personnes étrangères sont les plus représentées dans ces deux derniers cas de figure.

Les premiers retours sur la complémentaire santé solidaire (C2S) – qui remplace l'ancienne CMU-C et l'Aide Complémentaire Santé (ACS) - mise en place fin 2019 montrent des résultats encourageants en termes d'accès facilité à une couverture minimale, notamment lorsque celle-ci est automatisée pour les nouveaux accédants au Revenu de Solidarité Active (RSA). Moins de personnes se retrouvent ainsi sans couverture complémentaire, même si **le taux de non-recours reste toujours élevé** : 32 % de non-recours pour la variante gratuite de la C2S, 78 % pour la variante avec participation financière²¹.

En conséquence, les personnes sans couverture maladie sollicitent, ou sont systématiquement orientées vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) des hôpitaux. Ces dernières se retrouvent souvent embolisés et peinent à répondre à la totalité des demandes qui leur sont faites, ce qui peut avoir pour conséquence de d'augmenter le phénomène de renoncement aux soins.

- **Le refus de soins : malgré des améliorations récentes, les bénéficiaires de l'AME particulièrement discriminés**

¹⁹ Fournier L, Mercier C. EDS. Sans domicile fixe : au-delà du stéréotype. Montréal, Méridien, 1996.

²⁰ DREES, op. cit.

²¹ CNLE, Avis du CNLE sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S), Décembre 2022

Enfin, malgré les améliorations observées lors des dernières années, **le refus de soins par certains professionnels généralistes ou spécialistes reste un phénomène d'actualité**. Cela ne concerne actuellement plus les bénéficiaires de la C2S, beaucoup moins discriminés que ne l'étaient les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS auparavant. Cependant, ce sont les bénéficiaires de l'AME qui restent encore exposés à des refus de soins : la chance d'avoir un rendez-vous chez un médecin généraliste serait entre 14 et 36% inférieure aux patients de référence, selon un rapport récent²².

- **La double peine des personnes exilées, particulièrement exposées aux retards de soins**

Ainsi, les personnes étrangères restent particulièrement exposées au risque du non-recours aux soins, d'une part à cause d'une plus grande exposition à l'absence de couverture maladie, et d'autre part en raison des refus de soins plus fréquents que nous venons d'évoquer. Les PASS sont régulièrement évoquées comme étant saturées face à l'affluence des demandes de consultations, qui s'ajoutent à celles d'un public de plus en plus diversifié et touché par la progression de la précarité²³.

L'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecin du Monde recense notamment les besoins en termes de santé des personnes reçues en Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO)²⁴. De fait, il s'agit principalement d'un public de personnes exilées (primo-arrivants, réfugiés statutaires, déboutés, etc.). Il apparaît que 77 % des personnes accueillies en CASO sont éligibles à la couverture maladie au moment de leur première visite, mais seulement 19 % en disposent d'une²⁵.

Les CASO sont directement témoins des difficultés d'accès au système de santé et de ses conséquences, notamment de l'embolisation des PASS et de la difficulté d'y avoir un rendez-vous. L'équipe mobile de Strasbourg observe par exemple qu'un passage par la consultation au CASO fait parfois office de premier accueil nécessaire à une orientation vers la PASS, pour les personnes n'ayant pas réussi à avoir de consultation ou de suivi directement là-bas.

Les conséquences sanitaires observées au sein des CASO sont assez préoccupantes : parmi les personnes ayant une pathologie chronique, 67 % présentent un retard de soins, dont 56 % d'entre elles ont besoin de soins urgents ou assez urgents²⁶.

1.3. La santé comme facteur d'exclusion

Ainsi, l'exclusion et le sans-abrisme entraînent de manière évidente des conséquences néfastes sur l'état de santé des personnes concernées. Mais la relation de cause à effet est également réciproque, dans la mesure où l'état de santé et la maladie peuvent constituer des facteurs d'exclusion. C'est

²² Défenseur des droits, Mendras P., Roy D., Sultan Parraud J., Toulemon L., Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, Eclairages, IPP, Mai 2023.

²³ Pfister, V., Guiboux, L. & Naitali, J. (2014). Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. *Informations sociales*, 182, 100-107.

²⁴ « Les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde sont des dispositifs de facilitation de recours aux soins et à la prévention, et d'accès aux droits pour les personnes en grande difficulté qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir » ;

<https://www.medecinsdumonde.org/sur-le-terrain-les-caso-centres-dacces-aux-soins-et-dorientation>.

²⁵ Médecins du monde, Brunel V., Tomasino A., Nguengang – Wakap S., (Coord.), Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Rapport 2021

²⁶ Ibid.

particulièrement le cas des maladies d'ordre psychiatrique et/ou liées à une addiction, dont la prévalence fait l'objet de constats récurrents des acteurs de terrain²⁷.

- **Psychiatrie et précarité : causes, conséquences et cercle vicieux**

La **surreprésentation des troubles psychiques** au sein de la population en situation de précarité a été démontrée par plusieurs études²⁸, avec toutefois des différences d'ordre de grandeur. En France, l'étude Samenta menée en 2009 a permis d'estimer que, parmi les personnes sans domicile, près d'un tiers (32 %) présentaient au moins un trouble psychiatrique sévère : **troubles psychotiques** (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants : 13 %, dont 8 % de schizophrénies), **troubles anxieux** (12 %) et **troubles sévères de l'humeur** (épisodes maniaques ou hypomaniaques, troubles bipolaires et épisodes dépressifs sévères : 7 %) ²⁹.

La prévalence de l'ensemble des troubles psychotiques est **10 fois plus élevée qu'en population globale** (située entre 1 et 2 %). Les personnes présentant ces troubles sont majoritairement des adultes sans enfant. Les adultes sans-domicile accompagnés d'enfants sont quant à eux plus sujets à avoir des troubles anxieux (deux fois plus que les adultes sans enfant).

Par ailleurs, les **troubles non sévères de l'humeur**, soit principalement les dépression légères ou modérées, concerneraient 16 % des personnes sans domicile, un chiffre quant à lui 3 fois supérieur à celui observé en population globale (5 %).

Pour ce public, le virage ambulatoire de la psychiatrie, qui suppose l'alternance entre des phases d'hospitalisation en cas de crises aiguës et des phases de soins à domicile, s'est révélé particulièrement excluant. Comme le met en avant la Fondation Abbé Pierre dans un de ses rapports annuels, les hospitalisations psychiatriques, qu'elles soient répétées ou prolongées, se soldent souvent par une remise à la rue « *sans transition ni relais avec l'extrahospitalier ou le médico-social* » ³⁰.

En résulte une forme de « psychiatisation » du public que l'on retrouve à la rue ou au sein des centres d'hébergements. Dans le Bas-Rhin, ce constat est largement partagé par les différents acteurs, qu'il s'agisse de dispositifs de veille sociale, d'hébergement d'urgence et d'insertion, mais aussi de logement accompagné.

« On peut dire que la plupart des personnes qui viennent ici ont des troubles psychiatriques... au moins une bonne moitié. Pas forcément de la schizophrénie, mais des troubles de toute sorte, oui ça c'est sûr. Et c'est particulièrement ces dernières années, depuis le confinement, encore plus. Mais ça on ne le voit même plus tellement que c'est devenu habituel... ». Professionnelle en accueil de jour

- **Addiction et précarité**

²⁷ Voir : Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Mental'idées. 2007(11). Et Mercuel A. Souffrance psychique des sans-abris. Vivre ou survivre. Paris : Odile Jacob ; 2012.

²⁸ Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. Int J Soc Psychiatry. 2020;66(6):528-41.

²⁹ 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. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(36-37):693-7

³⁰ Fondation Abbé Pierre, L'état du mal logement en France 2019, La sortie d'hospitalisation psychiatrique : une double détresse pour les personnes précaires et sans domicile, Rapport annuel n°24, 2019.

Concernant les pratiques addictives chez les personnes sans domicile, le constat d'une surreprésentation est aussi flagrant. L'enquête Samenta montre que « *plus d'un quart de la population sans domicile³¹ (29 %) présentait une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives. La dépendance à l'alcool concernait plus de 1 personne sur 5 (21 %) et la consommation quotidienne ou régulière de cannabis, 16 % des individus* ».

La corrélation entre troubles de l'addiction et précarité est également complexe et multifactorielle. Les pratiques addictives peuvent représenter un facteur d'exclusion, dans la mesure où les consommateurs sont également porteurs de stigmates, et sont plus à même de se voir refuser l'accès à certains dispositifs d'insertion. D'autres phénomènes complexes agissant comme des facteurs d'exclusion sont également observables à l'échelle individuelle : auto-exclusion, perte de confiance, apathie, refus des règlements trop strictes, difficultés financières, pratiques à risques, etc.

Enfin, la **comorbidité est particulièrement élevée** entre les troubles de l'addiction et psychiatriques : la même enquête montre que la moitié des personnes atteintes de troubles psychotiques déclarent une dépendance à au moins un produit psychoactif, principalement l'alcool ou le cannabis. C'est d'ailleurs souvent le cumul de ces maladies qui rend l'accompagnement difficile pour les acteurs de l'AH.

2. Situations d'urgence et besoins identifiés au pôle veille sociale du SIAO 67

2.1. Au pôle veille sociale, de nombreux signalements concernant des personnes avec une santé très fragile

Dans le Bas-Rhin, nous constatons un nombre important de personnes sans-abri présentant un état de santé dégradé. De nombreux signalements sont transmis chaque jour au pôle veille sociale du SIAO 67, afin de solliciter des places d'hébergement d'urgence pour des personnes dont l'état de santé est particulièrement préoccupant. Tous les acteurs de la veille sociale sont amenés à faire ce type de signalement : accueils de jour, équipes de maraude, services sociaux des hôpitaux, dispositifs d'hébergement en roulement, etc.

En moyenne, ce sont **91 mails de signalement par semaines** qui sont fait au SIAO pour des personnes « isolées », et 52 signalements qui concernent des familles³². Ces demandes s'ajoutent aux demandes directement adressées au 115 et permettent notamment de prioriser l'attribution des places.

- **Etude détaillée d'un échantillon de 118 personnes signalées sur quatre semaines : La maladie au centre de la vulnérabilité.**

Pour objectiver les besoins remontés au pôle veille sociale, nous avons choisi de nous intéresser au profil de ces personnes faisant l'objet d'un signalement.

UNE BASE DE DONNEES SUR 4 SEMAINES DE SIGNALEMENTS CONCERNANT LES PERSONNES ISOLEES

³¹ Laporte A et al., *op. cit.*

³² Moyenne faites sur les 22 premières semaines de 2023

Ces chiffres sont issus d'une base de données réalisée à partir des mails de signalement reçus par le pôle veille sociale durant un mois, entre la semaine 14 et la semaine 17 de l'année 2023. Nous avons choisi dans un premier temps de nous intéresser aux personnes dites « isolées », c'est-à-dire à des adultes sans enfant mineurs.

Le détail des signalements donne la possibilité d'avoir une idée précise des problématiques rencontrées par le public en demande d'hébergement d'urgence à l'échelle locale. L'idée est de réaliser un travail de quantification et d'objectivation des besoins immédiats en termes de santé des personnes concernées par la veille sociale. Dans la partie I) B) de ce document, nous utiliserons ces mêmes données pour analyser plus en détail le parcours de ces personnes.

Notons toutefois que les signalements mentionnent des problèmes de santé sans forcément rentrer dans les détails. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic médical. De même, si certains partenaires sont issus du milieu médical, d'autres n'ont pas forcément de personnel qualifié.

Sur une période de quatre semaines, 118 personnes isolées distinctes ont fait l'objet d'un signalement à la veille sociale pour une mise à l'abri en urgence. Sur ces 118 personnes, il apparaît que **109 ont un problème de santé déclaré**. Plus précisément :

- **45 souffrent d'une maladie chronique** entraînant des conséquences lourdes sur leur vie quotidienne (diabète, cancer, maladie orpheline, maladie dégénérative, etc.)
- Il est précisé que **31 personnes suivent un traitement médicamenteux lourd** nécessitant des conditions adéquates et une bonne hygiène de vie : accès à des sanitaires, repas équilibré pour la prise de médicament, faiblesse immunitaire empêchant toute promiscuité, etc.
- **31 souffrent de troubles d'ordres psychiatriques sévères** (psychose, trouble anxieux, dépression, etc.).
Pour la moitié d'entre eux, les troubles psychiatriques sont associés à un autre problème de santé.
- **22 personnes ont subi une opération à l'hôpital** dans les jours ou semaines passées et sont en période de convalescence
- **25 sont atteintes d'un handicap** (physique, mental, neurologique, etc.)
Parmi eux, il est précisé que 14 ont une **mobilité réduite** et nécessiteraient des places adaptées et labellisées PMR
- **37 souffrent d'une affection physique** (blessure, douleur articulaire, difficulté respiratoire, etc.). Pour 35 d'entre elles, l'affection physique est liée à un handicap, une maladie chronique ou une convalescence post-opératoire.
- **9 ont un problème de santé** qui n'a pas été précisé, mais qui nécessite des soins réguliers et constitue un critère de vulnérabilité (il a été mentionné « santé fragile », ou « problème de santé »)

Sur les 9 personnes restantes pour lesquels aucun problème de santé n'est mentionné, 7 sont accompagnantes et aidantes, et les deux autres ont été signalées pour d'autres motifs que la santé (détresse psychologique et risque de perdre un travail).

2.2. Les sortants d'hospitalisation : besoin de convalescence et de soins à long terme

Au vu de ces éléments, un des besoins identifiés concerne les personnes sortantes d'hospitalisation et ayant besoin d'une période de repos ou de convalescence.

Les services sociaux des hôpitaux constatent en effet un manque de services de suite pour les personnes qu'ils sont amenés à rencontrer, dont beaucoup sont sans-domicile. Souvent, un retour à la rue est inévitable, malgré les conséquences lourdes que cela peut entraîner. Sur les 118 signalements adressés à la veille sociale mentionnés précédemment, 50 proviennent directement d'un hôpital ou d'un service médical : LHSS, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) etc.

Les besoins de personnes sans domicile et sortantes d'hôpital sont diverses : besoin de repos, nécessité de suivre un traitement médicamenteux lourd, régime alimentaire à suivre, hygiène corporelle à surveiller, soins à domicile réguliers, prévention des risques d'infection, etc. L'accès à un hébergement adapté au moment de la sortie est néanmoins un besoin fondamental pour assurer une cohérence et une continuité de soins, mais les places font souvent défaut.

« On avait un patient qui est sorti avec des escarres et des nécroses. Il avait besoin de soins ou d'intervention en libéral à sa sortie, mais c'était impossible sur des places de 115 en roulement. Du coup les escarres grandissaient alors qu'il était à la rue ». Assistante sociale d'un service social hospitalier

LE BESOIN DE SOLUTIONS POUR LES SORTIES DE PERINATALITE

Les solutions de sortie du service de périnatalité représentent également un besoin important pour les services de hôpitaux. Cela concerne notamment des jeunes mères célibataires sans domicile. Certains dispositifs portés par la Collectivité Européenne d'Alsace (CEA) et la direction de l'Aide Sociale à l'Enfance proposent des solutions d'hébergement et d'accompagnement, **mais les places ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins identifiés**. Si leur droit au séjour ne leur permet pas d'être orientées vers des places d'insertion classiques, ces familles sont alors orientées vers l'hébergement d'urgence hôtelier, sous réserve de place.

2.3. Caractéristiques du public à l'hôtel : une population invisibilisée et à l'écart des radars institutionnels

Parmi le public sans domicile, les personnes hébergées sur des places hôtelières sont également sujettes à présenter des problèmes de santé. Il est cependant difficile d'avoir une vision globale de ces situations.

L'hébergement d'urgence dans le parc hôtelier représente encore une part considérable du public mis à l'abri. Les périodes de confinements sanitaires ont notamment contribué à augmenter le recours à ce

type de place, dont le nombre est resté très élevé depuis. En juin 2023, le nombre de personnes hébergées avoisine 2590, ce qui correspond à 863 ménages.

Le travail de la mission mobile de l'équipe Antenne (EMH), en lien avec le service Santé Population Précaire Orientation Concertée (SPPOC), qui rencontre depuis 2022 les ménages et réalise une courte évaluation sociale, nous permet aujourd'hui d'avoir une idée plus précise de leurs profils et des problématiques qu'ils rencontrent. Un travail d'**objectivation des situations a été réalisé pour mieux identifier les besoins de ce public**, en se basant sur les commentaires de l'EMH³³. Au 12/06/2023, 422 ménages ont été rencontrés par l'EMH, ce qui correspond à 1451 personnes. Parmi ces ménages :

- **16 % comportent au moins une personne avec une maladie chronique** (maladie lourde avec des conséquences importantes sur la vie quotidienne et nécessitant un suivi médical important, de type cancer, insuffisance rénale, diabète, maladie rare, maladie dégénérative, etc.)
- **22 % comportent au moins une personne avec un problème de santé non spécifié** (il n'y a pas de détail sur la gravité de la maladie, mais des problèmes de santé ou un suivi médical régulier sont mentionnés), dont 13 % n'ont « que » un problème de santé non-spécifié. Pour les autres, cela se cumule à un autre item.
- **12 % comportent au moins une personne avec un trouble d'ordre psychiatrique** (un suivi au CMP est en place, la personne suit un traitement, etc.)
- **17 % comportent au moins une personne avec un handicap** (handicap physique, mental, neurologique, sensoriel, polyhandicap, etc.)
- **8 % comportent au moins une personne à mobilité réduite**, et nécessitant des équipements adaptés.
- **3 % comportent au moins une personne ayant été récemment hospitalisée**

Au total, 244 ménages sont concernés par au moins un problème de santé, ce qui représente 58 % de l'échantillon. A noter que parmi ces 244 ménages :

- **26 % sont en situation régulière** sur le territoire, soit 63 ménages dont 9 de nationalité française, 5 en provenance de l'UE, 14 sont régularisés, 3 sont bénéficiaires d'une protection internationale, 2 sont en demande d'asile et 30 sont détenteurs d'une autorisation provisoire de séjour.
- **11% ont une situation administrative mixte**, soit 28 ménages (au moins un des membres est en situation régulière)
- **63 % sont en situation irrégulière**, soit 153 ménages dont 30 ont une demande de titre de séjour pour raison de santé en cours, 16 ont une autre demande de régularisation en cours, et 9 ont déjà eu une carte de séjour temporaire qui n'a pas été renouvelée.

³³ Ces commentaires étant moins précis que les signalements, la classification des problématiques de santé n'est pas exactement la même que dans la partie précédente.

Aucun problème de santé particulier n'est renseigné pour les 178 ménages restants, soit environ 42 % de l'échantillon.

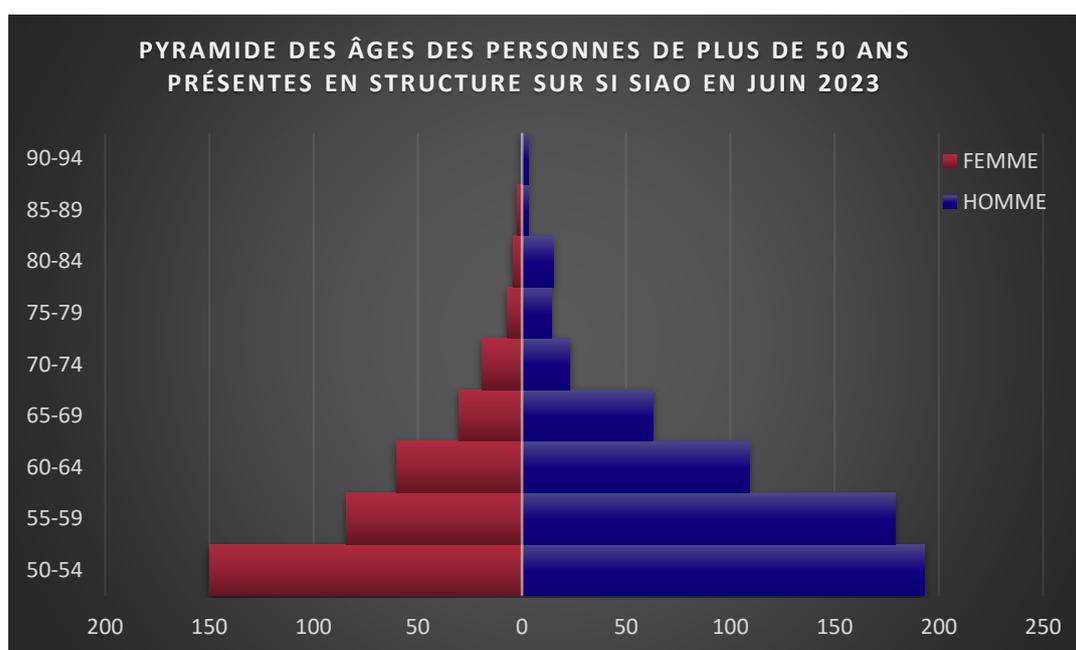
En somme, le public hébergé à l'hôtel se caractérise par une surreprésentation des problèmes de santé. Sans accompagnement social ou médical spécifique, ces problèmes de santé peuvent alors s'aggraver.

3. Un public vieillissant et/ou cumulant plusieurs problématiques de santé

Un dernier constat à propos des besoins en termes de santé du public accompagné au sein des dispositifs d'hébergement **concerne l'avancée en âge et la perte d'autonomie d'un nombre grandissant de personnes**. De manière plus large, les opérateurs de l'hébergement relèvent une « médicalisation » croissante des publics accueillis, qui cumulent souvent plusieurs problématiques : handicap, psychiatrie, avancée en âge, addictions, maladie lourde, etc.

- **Un nombre important de personnes âgées dans les hôtels et sur les dispositifs d'insertion**

Sur les 6 086 personnes présentes en structures sur la plateforme SI SIAO en juin 2023, 958 ont plus de 50 ans (16 %), 615 ont plus de 55 ans (10 %), et **352 ont plus de 60 ans (6 %)**³⁴.



Concernant les personnes à l'hôtel, 104 personnes sont âgées de 60 ans ou plus, soit 4 % de l'effectif.

Si ces chiffres apparaissent moins élevés que d'autres départements (comme à Paris où le constat est fait de 19 % de personnes hébergées âgées de plus de 55 ans³⁵), le besoin n'en est pas moins présent. En prenant en compte les multiples problèmes de santé auxquels sont exposés les personnes sans-domicile, l'accompagnement à la fin de vie se révèle beaucoup plus lourd qu'au sein de la population

³⁴ Extraction des données du SI SIAO selon la variable « personne présente en structure ». Les personnes à l'hôtel ne sont pas comptabilisées.

³⁵ Samu-social de Paris, Le projet de la Mission Interface : une équipe mobile de coordination médico-sociale au service de la personne âgée en précarité, 2019.

générale. Rappelons également une durée moyenne de vie des personnes sans-domicile estimée à 30 ans inférieure au reste de la population³⁶.

« On le remarque maintenant, il y a des personnes très âgées qui sont hébergées ici et on est un peu démuni pour les accompagner... La plupart des dispositifs sont faits pour le maintien à domicile, mais ici, dans un collectif, ça ne nous semble pas adapté. Ce sont des personnes qui ont besoin de repos, d'un cadre sécurisant. [...] Et l'accompagnement social qu'on propose normalement n'a rien à voir avec de l'accompagnement à la fin de vie, même si on fait avec ». Cheffe de service d'un centre de stabilisation

³⁶ Collectif les Morts de la Rue, Mortalité des personnes sans domicile 2021, Dénumbrer & Décrire, Rapport annuel, 10^{ème} édition : <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article320>

B) Une offre d'hébergement peu adaptée aux besoins sanitaires du public

Face aux nombreux besoins sanitaires évoqués dans la partie précédente, nous présenterons désormais un état des lieux de l'offre d'hébergement existante sur le territoire. Aujourd'hui, les acteurs de l'AHJ ont dû s'adapter aux nouvelles caractéristiques de ce public, et des dispositifs médicaux à cheval entre le soins et l'hébergement démontrent également leur efficacité. Néanmoins, il apparaît que le système d'hébergement piloté par le SIAO reste encore peu adapté à l'ensemble des problématiques de santé rencontrées.

➤ Etat des lieux des dispositifs existants et cartographie des acteurs

Pour commencer, voici un rappel non exhaustif de différents dispositifs existants concernés par le public qui est l'objet de ce rapport³⁷.

LES HEBERGEMENTS SPECIALISES AVEC ORIENTATIONS VIA LE SIAO

Dispositif	Association	Places	Public accueilli	Modalités d'orientation
Expérimentation Service à visée d'Emancipation Sociale et d'Accompagnement Médical (SESAME)	ARSEA	67	Personnes en situation de grande précarité avec un long parcours d'errance.	Orientation via le SIAO
Expérimentation « Un Chez Soi D'Abord »	ALT	100	Public sans domicile présentant une pathologie sévère relevant des troubles psychotiques. Pouvoir bénéficier à minima du RSA.	Plusieurs équipes d'orientation sur le territoire (hôpitaux, associations, etc.). Volet social et médical à remplir. Commission d'orientation tous les mois.
Logement accompagné Psychiatriques (LAPY) Espérance	ARSEA	90	Personnes ayant une maladie psychiatrique diagnostiquée et inscrite dans un parcours de soins, pour qui un accompagnement lié à l'occupation d'un logement est encore nécessaire.	Orientation via le SIAO Nécessité d'avoir un certificat médical
Résidence Accueil	ARSEA « Courlis »	25	Personnes ayant une maladie psychiatrique diagnostiquée	Nécessité d'adhérer à un

³⁷ Cette liste a été faite sur la base des entretiens réalisés, des statistiques communiquées par la DDETS du Bas-Rhin, de certains rapports d'activité disponibles en ligne, ainsi qu'avec le site Soliguide. Certaines informations sont susceptibles d'évoluer.

	Entraide relais « L'Élan »	22	stabilisée et/ou inscrite dans un parcours de soins, en capacité d'occuper un logement de manière autonome.	parcours de soins et à un accompagnement social Commission d'admission en interne pour l'étude des dossiers
	Horizon amitié « Néodys »	34		
	Fondation Saint Vincent de Paul	25	Idem, dont 10 places « soins palliatifs » en habitat partagé pour les personnes en fin de vie et nécessitant de soins palliatifs.	

Pour tous ces dispositifs, une condition de droit de séjour et de revenus est requise. Par ailleurs, en plus de ces places destinées aux personnes avec des problématiques de santé, certains opérateurs de l'AHJ ont renforcé leurs équipes avec du personnel médical. A l'association l'Étage par exemple, deux infirmières du Pôle Enfance Parentalité Promotion de la Santé (PEPS) interviennent en appui sur l'ensemble des dispositifs de l'association³⁸.

LES HEBERGEMENTS MEDICALISES A DESTINATION D'UN PUBLIC PRECAIRE ET/OU SANS DOMICILE (HORS SIAO) :

Dispositif	Association	Places	Public accueilli	Modalités d'orientation
Lit Halte Soins Santé (LHSS)	Fondation Saint Vincent de Paul	10	Accueil à court terme (2 mois renouvelable) d'adultes sur une structure collective « dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Les LHSS ne sont pas dédiés à une pathologie donnée » ³⁹ . De fait, les LHSS prennent théoriquement plutôt en charge des pathologies aiguës Pas de condition de droit de séjour.	Demande à adresser directement auprès de l'organisme Dossier comprenant une partie sociale et une partie médicale, avec certificat circonstancié Commission interne avec liste d'attente
	ARSEA	23		
Lit d'Accueil Médicalisé	Fondation Saint Vincent de Paul	20	Accueil à moyen / long terme sur une structure collective d'adultes ayant des pathologies chroniques lourdes et invalidantes. Pas de condition de droit de séjour.	
Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)	ARSEA Gala	57	Accueil à moyen / long terme d'adulte ou d'enfants (accompagnés de leurs parents) avec une pathologie chronique somatique et/ou psychiatrique, au sein d'appartements individuels ou partagés.	

³⁸ [Parentalité, petite enfance et médiation familiale - Association l'Étage \(association-etage.fr\)](http://association-etage.fr)

³⁹ Haute Autorité de Santé, LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours, Recommandation de bonnes pratiques, 2021. [Haute Autorité de Santé - Lits halte soins santé \(Lhss\), Lits d'accueil médicalisés \(Lam\) et Appartements de coordination thérapeutique \(Act\) : l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/guide/lits-halte-soins-sante-lhss-lits-daccueil-medicalises-lam-et-appartements-de-coordination-therapeutique-act-laccompagnement-des-personnes-et-la-continuite-des-parcours)

			Personnes en capacité d'occuper un logement de manière autonome et ayant besoin d'un accompagnement dans la mise en place et la coordination des soins dont elles ont besoin. Pas de condition de droit de séjour.	
ARGOS	Ithaque	20	Usagers de la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) Pas de condition de droit de séjour.	Pas d'orientation Décision interne du dispositif ARGOS
Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) « La Robertsau »	ALT 67	15	Personnes « engagées dans une démarche de consolidation de sevrage ou de stabilisation d'un traitement de substitution » ⁴⁰ .	Demande à adresser directement auprès de l'organisme Dossier administratif et médical
Appartements Thérapeutiques Relais		4	Familles avec enfants de moins de 3 ans ou futurs parents, dont un des parents est dans une démarche de soins et en période de sevrage. Accompagnement axé sur la parentalité.	

LES DISPOSITIFS D'INTERVENTION SANITAIRE ET DE COORDINATION THERAPEUTIQUE A DESTINATION D'UN PUBLIC PRECAIRE ET/OU SANS DOMICILE (HORS SIAO) :

Dispositif	Association	Public accompagné	Modalités d'orientation
LHSS de jour	Fondation Saint Vincent de Paul	Même public que le LHSS, personnes en hébergement d'urgence ou à la rue ayant besoin d'un accompagnement médical, social et d'actes de soins.	Demande à adresser directement auprès de l'organisme Dossier comprenant une partie sociale et une partie médicale, avec certificat circonstancié Commission interne avec liste d'attente
LHSS mobile		Même public que le LHSS, personnes en logement ou en hébergement seulement.	
ACT « hors les murs	ARSEA Gala	Même public que ACT, intervention dans tout environnement ou hébergement (rue, squat, hébergement, etc.). Pas de soins prodigués.	
SPPOC	Rattaché au dispositif ASALEE	Intervention en hébergement d'urgence ou d'insertion. Coordination de soins, éducation thérapeutique et soins prodigués. Pas d'accompagnement social.	Equipe infirmière intervenant selon sollicitation en appui des acteurs de la veille sociale

⁴⁰ [Centre thérapeutique résidentiel - ALT \(alt-67.org\)](http://alt-67.org)

Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)	Rattaché à l'EPSAN	Public en situation de précarité et présentant des troubles d'ordre psychiatriques.	Intervention selon sollicitation des partenaires, en lien avec les la psychiatrie de secteur
Mise en place de dispositifs adaptés par les dispositifs de « droit commun » pour aller vers le public en situation de précarité (dispositif du CMP Pinel, Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP) au sein du services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Drulingen et Barr, etc.)			

LES DISPOSITIFS DE MARAUDE ET VEILLE SOCIALE :

Dispositif	Organisme	Modalité d'intervention
Equipe mobile	Médecins du Monde	Personnel médical bénévole Prévention, information, orientation, ouverture de droits, médiation, etc.
Maraude	Ordre de Malte	Personnel médical bénévole Permanence santé au sein de certains accueils de jour (La Loupiote, T'rêve, etc.)
Equipe Mobile de Rue (EMR)	Centre communal d'action Sociale (CCAS) Strasbourg	Présence d'une équipe infirmière Coordination de parcours soins, orientation, lien avec le milieu hospitalier, etc. Orientation vers l'espace hygiène La Bulle
Accueils de jour Fritz Kiener et Remparts		

LES DISPOSITIFS LIES AUX ADDICTIONS :

SCMR	Ithaque	Ouvert à toutes personnes majeures et usagère de drogue adhérent aux modalités de fonctionnement après un premier entretien
CAARUD		Lieu informel d'écoute, d'accueil et d'accompagnement pour toute personne consommatrice de produits psychoactifs. Distribution de matériel de réduction des risques (RDR), sensibilisation et accompagnement social.
CSAPA		Accueil, accompagnement et soins de toute personnes ayant des conduites addictives, avec ou sans produit. Accueil des proches et de l'entourage.
	HUS	
	EPSAN	
CAS	ALT	
Points d'accueil et d'écoute pour les jeunes (PAEJ) / Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)		Accueil, écoute, accompagnement psychologique, sensibilisation et orientation des jeunes de 11 à 25 ans ayant des pratiques addictives. Point d'accueil et équipe mobile.
Opali-Ne		Lieu informel d'écoute, d'accueil et d'accompagnement pour toute personne consommatrice de produits psychoactifs.

DISPOSITIFS D'ACCES AUX SOINS :

Dispositif	Organisme	Modalités
PASS « La boussole »	HUS	

PASS PSY	EPSAN	Consultations et suivi médical pour toute personnes en situation de marginalité, rencontrant des difficultés d'accès aux soins ou sans couverture sociale, etc.
CASO	Médecins du Monde	Permanence de facilitation d'accès aux soins, consultations, accompagnement à l'ouverture des droits, orientation

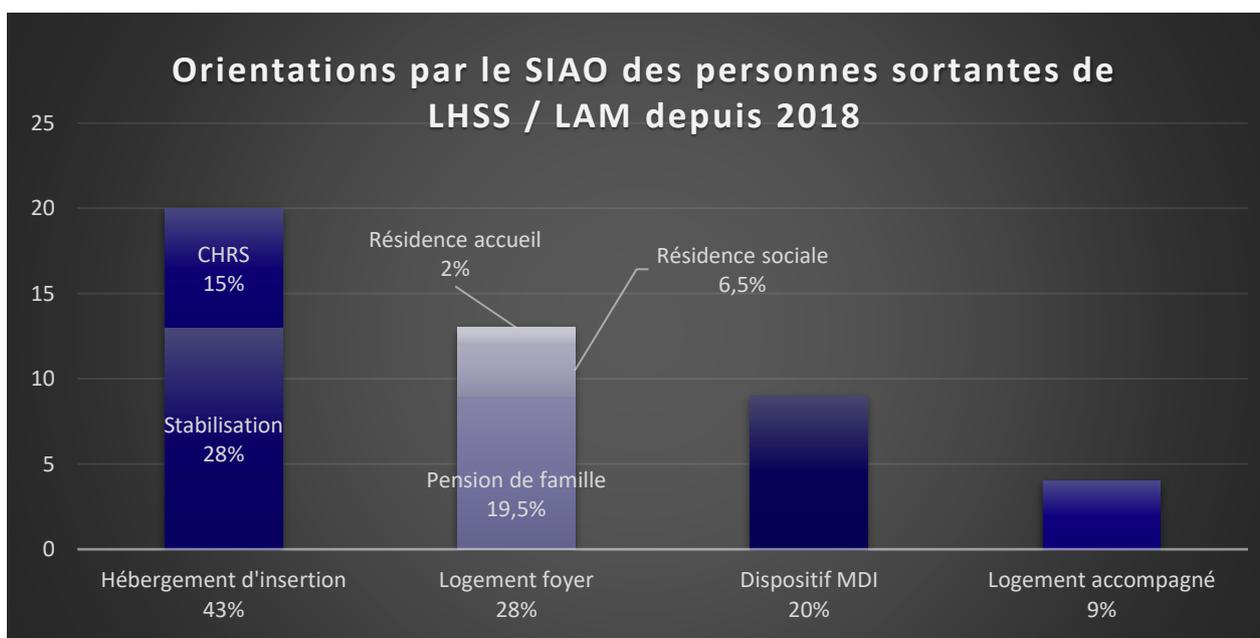
1. Des hébergements médicalisés en nombre insuffisant ou difficilement accessibles

Les personnes avec des pathologies demandant à être évaluées, traitées ou suivies pourraient utilement relever de dispositifs dédiés. Or, qu'il s'agisse des LAM, LHSS ou ACT, ces dispositifs fonctionnent à flux tendu et sont aujourd'hui saturés sur l'ensemble du département.

1.1. En hébergement médicalisé, un fonctionnement à flux tendu qui s'explique en partie par la difficulté à trouver des sorties adaptées pour le public accueilli

Une grande difficulté à laquelle se confrontent ces dispositifs médicaux concerne **la sortie des personnes qu'elles hébergent**, du fait d'un manque de solution adaptée. Au SIAO, ces personnes sont considérées comme étant hébergées et ne sont donc, pour le moment, pas forcément priorisées.

Par ailleurs, **les hébergements d'insertion de type CHRS ou stabilisation les plus adaptées à la sortie des hébergements médicalisés sont très sollicités**. Depuis 2018, les orientations des sortants de LHSS et LAM témoignent des besoins d'accompagnement identifiés lors de la sortie : 43% sont orientées vers un dispositif d'hébergement d'insertion, dont 28% vers de la stabilisation. En somme, la majorité des personnes sortantes de LHSS a encore besoin d'un accompagnement important et d'un cadre à la fois tolérant et sécurisant.



Les autres places adaptées identifiées par les structures d'hébergement médicalisées sont celles en logement foyer, de type pension de famille. Cependant, en raison du faible roulement sur ces places,

de nombreuses personnes sont sur liste d'attente et doivent être maintenues sur les places médicalisées alors qu'elles n'en ont plus besoin.

« On a environ une vingtaine de personnes prêtes à sortir, avec une demande SIAO ou de logement social en cours, mais ça n'aboutit pas. Donc les personnes restent et occupent la place, alors qu'il y a une demande très forte ». Professionnelle en ACT

Enfin, une partie du public accueilli en LHSS, LAM et ACT est en situation irrégulière. Les seules sorties possibles se font donc soit vers les rares places « Ménages à Droit Incomplet » (MDI) restantes, soit vers l'hébergement d'urgence via le 115, ce qui implique un retour à la rue.

Ainsi, la tension sur les dispositifs de sortie adaptés pour le public accueilli en hébergement médicalisé explique en partie le manque de fluidité et de réactivité dans les réponses apportées.

- **Les sorties "sèches" d'hébergement médicalisés**

Parfois, une présence induite en hébergement médicalisée amène à une sortie sans solution de la structure, faute d'orientation. Selon une enquête récente sur le parcours des personnes accueillies en LHSS et LAM, la part de personnes sortant sans solution d'hébergement varie de 16% dans les Bouches-du-Rhône, à 32% à Paris⁴¹. Une autre étude nationale considère que *« seules un tiers des personnes reçues dans les LHSS peuvent bénéficier d'une solution de sortie de rue, malgré un état de santé très dégradé »*⁴².

1.2. L'absence de centralisation des demandes d'admission qui amène à une multiplication des démarches dans une logique d'urgence

Par ailleurs, le fonctionnement en silo de chacun des dispositifs, sans centralisation des demandes, est un facteur qui complexifie l'accès à ces structures, obligeant les personnes et leurs référents à s'adresser individuellement à chacune d'entre elle et intégrer leurs modalités spécifiques d'accès.

Les opérateurs de ces dispositifs ont fait remonter le constat que certaines orientations se font « à défaut » de place adaptée dans d'autres dispositifs, sans prendre en compte les spécificités et conditions propres de ces places. En d'autres termes, l'urgence des situations pèse parfois sur la cohérence et la continuité des parcours. Un manque de connaissance fine de ces dispositifs et de leurs particularités par l'ensemble des acteurs de la veille sociale pourrait aussi expliquer ce phénomène.

« Parfois, on a l'impression qu'on nous oriente des personnes seulement parce qu'elles ont besoin d'un toit en urgence. Quand on voit les profils, ce sont des personnes qui sont autonomes dans leurs traitements et qui n'ont pas besoin de tout l'accompagnement médical et social qu'on propose [...]. Mais du coup ils font une orientation en LAM, une en LHSS, une en ACT, en espérant qu'il y ait une place rapidement » Professionnelle en ACT

⁴¹ DGCS, Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les LAM et les LHSS, Rapport final, Octobre 2018. https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/lutte-contre-l-exclusion/article/LAM_LHSS

⁴² DGAS. Evaluation du dispositif « Lits Halte Soins Santé ». Rapport de stage, Juin 2009

1.3. Les logiques de priorisation selon la vulnérabilité entraînent mécaniquement un glissement du public

Face aux nombreuses orientations qu'ils reçoivent, les LAM, LHSS et ACT sont souvent **contraints de prioriser les admissions**. Là encore, la vulnérabilité et l'urgence des situations est prise en compte, même si les profils ne correspondent pas toujours aux critères initiaux de ces dispositifs. En conséquence, dans ces hébergements médicalisés, les professionnels observent **une dégradation de l'état de santé des personnes accueillies** :

« Actuellement, on a une quinzaine de personnes sur liste d'attente, donc il faut que l'on choisisse lorsqu'une place se libère. On va par exemple regarder les situations qui sont les plus urgentes [...]. C'est vrai qu'au final, on se retrouve avec beaucoup de personnes qui ont des pathologies très lourdes, souvent chroniques, et qui cumulent toutes les difficultés sociales. [...] On accueille en réalité d'avantage un public qui relèverait de LAM. Et en LAM, ils se retrouvent à faire des soins palliatifs ».
 Professionnel en LHSS

- **Réticences des structures pour personnes âgées dépendantes / médico-social**

Enfin peu de solutions existent pour le public relevant de structures médico-sociales. Pour prendre l'exemple des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie, ces dernières sont en effet soit considérées comme trop jeunes pour intégrer un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) classique, soit insuffisamment autonomes pour une pension de famille, soit avec des ressources trop faibles. Les structures d'accueil dédiées, comme les résidences sénior ou résidences autonomie, se montrent par ailleurs réticentes à les héberger, par méconnaissance du public sans-domicile.

Les acteurs du territoire constatent aussi un manque de place dédié aux personnes sans domicile, en situation de handicap et dépendantes, qui nécessitent une présence professionnelle renforcée. A défaut, ces personnes se retrouvent parfois orientées vers des hébergements médicalisés, initialement non destinés à l'accueil d'un tel public.

« On a aussi des orientations de personnes avec des handicaps, en fauteuil roulant, amputées, etc. Ils ne sont pas le public du LHSS, mais comme l'environnement est plus adapté avec une présence renforcée, on palie en quelque sorte l'inadaptation des autres types de place ». Professionnel de LHSS

2. L'hébergement d'urgence, une réponse par défaut et mal adaptée aux besoins des personnes

Face à la saturation des dispositifs d'hébergement médicalisés, les personnes sans-domicile avec d'important problèmes de santé se retrouvent parfois contraints de se tourner vers l'hébergement d'urgence. Or, même avec le système de priorisation par signalement, le parc actuel peine à répondre de manière rapide à toutes ces demandes.

2.1. Hébergement d'urgence : Un manque de place et de réponse immédiate face aux signalements

- **Un dispositif d'hébergement d'urgence en roulement déjà saturé**

En somme, les mises à l'abri en urgence des personnes signalées à la veille sociale ne sont parfois pas possibles par manque de place, car **l'hébergement d'urgence est également fortement saturé.**

LE PARC D'HEBERGEMENT D'URGENCE EN ROULEMENT A STRASBOURG

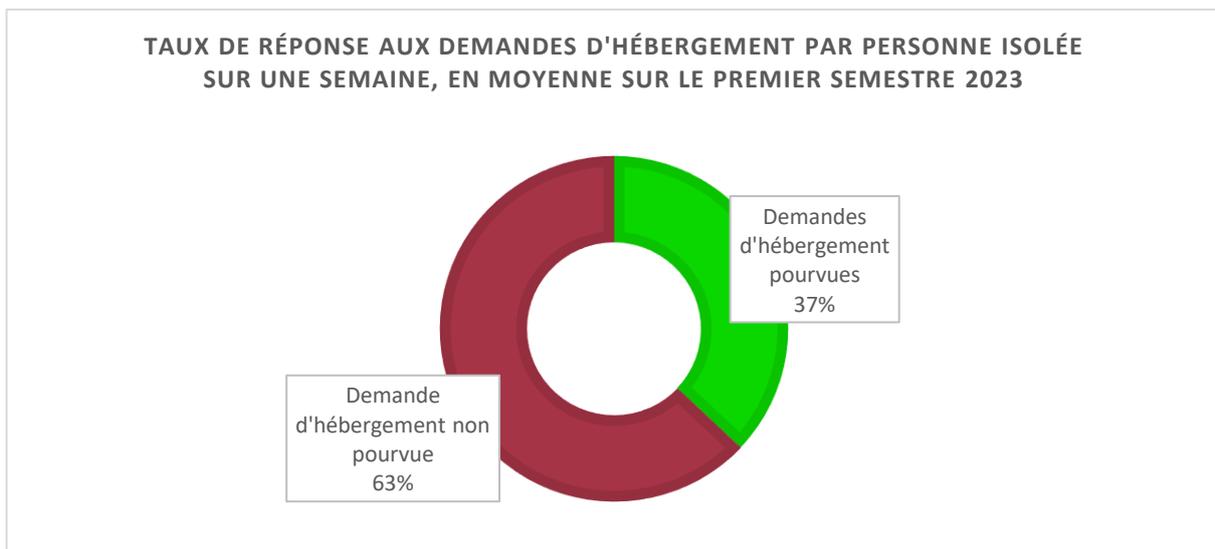
Le parc actuel comporte **164 places d'urgence en roulement** à destination de personnes dites « isolées », c'est-à-dire non accompagnées d'enfant. Parmi celles-ci :

- Cafet' Hôtel du Château d'Eau (HCE) : 7 places
- Centre d'Hébergement Fritz Kiener : 11 places et une place Urgence pasteur
- Château d'eau : 20 places
- F1 Geispolsheim : 73 places
- Femme de parole : 3 places
- Remparts : 28 places et une place Urgence pasteur
- Service Hébergement Relais (SHR) Antenne : 20 places

Les deux places « Urgence Pasteur » sont destinées à accueillir des personnes orientées par les services sociaux des hôpitaux. A cela s'ajoutent les 30 places de mise à l'abri en halte de nuit (Halte Bayard), qui ne sont pas considérées comme de l'hébergement.

Le territoire dispose également de 128 places en « urgence posée » ou « urgence longue ». Il s'agit de places de mise à l'abri pérennes, sous conditions de droit de séjour, et accessibles après un passage en commission. Elles ne sont donc pas considérées comme des places d'urgence en roulement du fait de leur caractère conditionnel.

Depuis le début de l'année, en moyenne sur une semaine, **221 personnes distinctes isolées se voient attribuer une place** pour au moins une nuit⁴³. Toujours sur une semaine, ce sont en moyenne **375 personnes isolées distinctes** qui parviennent à joindre le 115 et dont les demandes ne sont pas pourvues.



Il importe de considérer le taux de décrochage du 115 de 54% en moyenne, mais surtout le taux important de non-recours des personnes ne sollicitant pas ou plus le 115.

⁴³ Données extraites du SI SIAO, en moyenne sur le premier semestre 2023.

Ainsi, les situations urgentes identifiées par les signalements des partenaires s’ajoutent à une demande d’hébergement d’urgence bien supérieure à l’offre existante. Le fonctionnement à flux tendu empêche de pouvoir proposer des réponses rapides aux personnes présentant de fortes problématiques de santé.

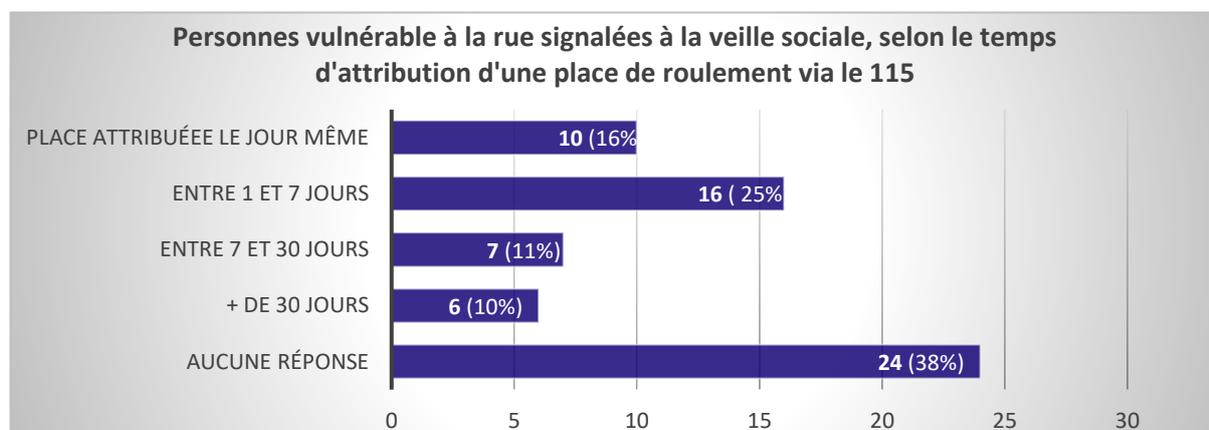
- **Peu de places pour couples en hébergement d’urgence**

De plus, le dispositif d’hébergement d’urgence comporte **peu de places pour couple**, alors que, chez les personnes ayant de graves problèmes de santé, ces derniers sont souvent des aidants⁴⁴. Certaines personnes se retrouvent contraintes d’accepter d’être hébergées séparément pour se voir attribuer une place.

En moyenne, une personne isolée qui contacte régulièrement le 115 devra attendre environ une à deux semaines entre deux attributions d’une place en roulement. Pour les couples, ce délai est d’environ un mois.

- **La difficulté pour apporter une réponse rapide aux signalements des personnes isolées**

Ainsi, même lorsque les situations urgentes sont signalées à la veille sociale, une mise à l’abri immédiate n’est pas toujours possible. Les réponses apportées aux 118 signalements analysés témoignent de ces difficultés. Parmi ces personnes, 63 étaient à la rue au moment du signalement. Le jour du signalement, seulement 10 ont pu être mises à l’abri le soir même, et 16 l’ont été dans un délai allant d’un à sept jours ; 7 personnes ont obtenu une place dans le mois suivant le signalement, et 6 personnes ont dû attendre plus d’un mois pour se voir attribuer une place.



Pour les 24 personnes restantes, aucune réponse d’hébergement n’a pu être apportée ni dans l’immédiat, ni dans les six mois suivants leur signalement. Précisons qu’en l’absence de solution immédiate, les personnes sont tenues de continuer à solliciter le 115, faute de quoi leur besoin ne pourra être pris en compte⁴⁵.

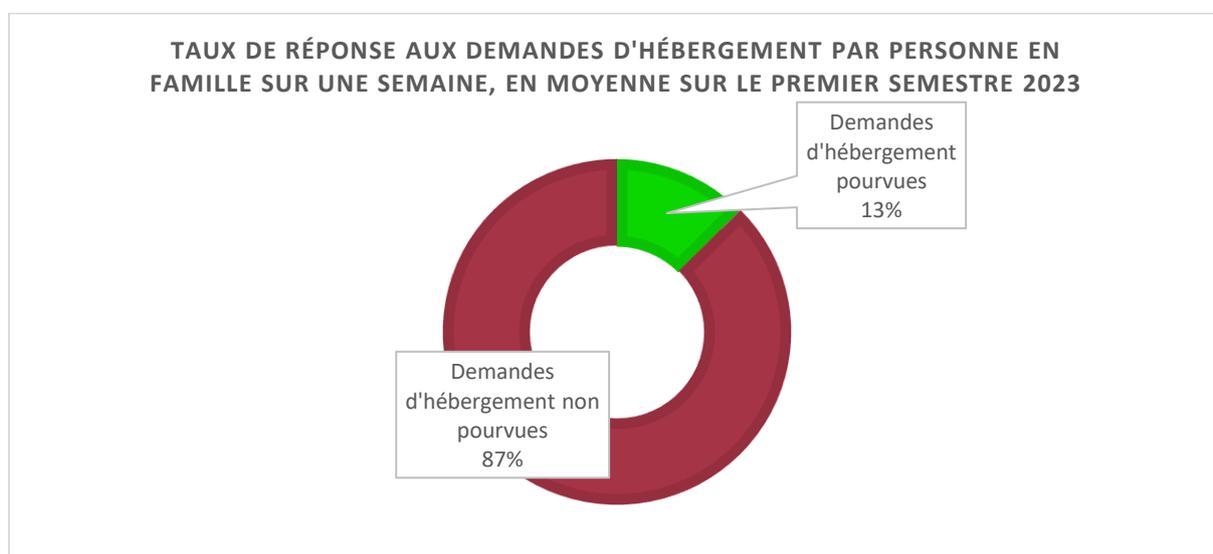
⁴⁴ Voir partie I)A.2.1 : Parmi les personnes isolées signalées sur un mois, on compte 7 personnes aidantes ou accompagnantes

⁴⁵ Parmi ces 24 personnes, 14 sont en demande d’asile. On peut donc penser qu’elles ont été orientées vers un dispositif de l’OFII. Pour le reste, on peut supposer que les personnes ont fini par arrêter de solliciter le 115, soit parce qu’elles ont trouvé une solution alternative (chez des tiers, etc.), soit par découragement.

- **En hébergement d'urgence hôtelier, des difficultés de mise à l'abri accentuées pour les familles**

Le dispositif hôtelier représente la seule solution d'urgence sur le territoire pour les familles sans-abri qui sollicitent le 115 (sans prendre en compte les places hivernales). Ici encore, la saturation du dispositif d'hébergement hôtelier permet difficilement de répondre de manière rapide aux situations d'urgence. Contrairement aux places en roulement, les places attribuées dans ce cadre sont majoritairement pérennes : dès qu'une place est attribuée, elle est ainsi occupée sans date de sortie prévisionnelle, ce qui contribue d'autant plus à l'embolie du dispositif, qui est par ailleurs soumis à une injonction de réduction des places. Les rares places d'hôtel disponibles se voient ainsi attribuées aux familles - et dans une moindre mesure à certaines personnes isolées - avec les plus fortes problématiques de santé.

Depuis le début de l'année 2023, ce sont en moyenne **42 personnes en famille qui sont orientées** sur une place hôtelière chaque semaine, contre **293 personnes dont la demande n'est pas pourvue**⁴⁶. Ainsi, dans le système d'hébergement d'urgence actuel, les familles sont défavorisées dans l'accès à des places d'hébergement d'urgence, par rapport aux personnes isolées.



Tout comme les couples, certaines personnes en familles présentant d'important problèmes de santé sont parfois amenées à accepter une séparation pour se voir attribuer une place d'hébergement d'urgence.

2.2. Un parc d'hébergement peu adapté aux problématiques de santé, à défaut d'autres solutions

Au vu des caractéristiques du public accueilli au sein des hébergements d'urgences, il apparaît que ces derniers sont mal adaptés pour répondre aux besoins des personnes en termes de santé. Que ce soit à l'hôtel ou sur les places en roulement, certaines modalités d'hébergement sont difficilement compatibles avec l'accueil de ce public.

- **Des places en roulement limitées dans les services proposés**

⁴⁶ Données extraites du SI SIAO, en moyenne sur le premier semestre 2023.

Tout d'abord, sur les places de roulement, **l'absence de repas** ne permet ni de répondre à des besoins primaires, ni d'avoir une bonne hygiène de vie. Cela est surtout préjudiciable aux personnes sous traitement médicamenteux, pourtant nombreuses⁴⁷, pour qui la prise de médicament doit s'accompagner d'un repas. Les associations caritatives de distribution de repas chauds constatent d'ailleurs une augmentation sans précédent des personnes en demande. De même, le **caractère collectif des lieux** est inadapté à l'accueil de personnes ayant des déficits immunitaires, soit du fait d'une pathologie (VIH, diabète de type 2, etc.), ou du fait d'un traitement (chimiothérapie, médicaments immunosuppresseurs, etc.). Cela concerne une grande part des 45 personnes signalées à la veille sociale et ayant une maladie chronique dans le tableau A2.1. Le **partage des sanitaires** pose aussi un problème pour certaines pathologies, comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Evidemment, **l'impossibilité de se reposer en journée**, tout comme le fait que les places en roulement soient **limitées à une semaine** empêche tout rétablissement et parcours de soins à long terme.

Malgré cela, un nombre important de personnes avec de lourdes problématiques de santé restent sur le système de roulement du 115, faute d'autres solutions.

- **Des places d'hôtels soumises aux disponibilités variables du parc**

Hormis le fait que les places en hébergement hôtelier soient pérennes, on retrouve des problématiques similaires à celles mentionnées ci-dessus (sanitaires partagés, cohabitation, etc.) Si aucun ne propose de repas, il est aussi **impossible de cuisiner** dans certains hôtels, ce qui pose problème aux personnes devant suivre un régime spécifique (diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies rénales, etc.). Par ailleurs, beaucoup de chambres ne sont **pas équipées de frigidaires**, pourtant nécessaire pour le maintien au frais de certains médicaments.

Contrairement aux places de roulement, les places hôtelières ne sont pas réservées au public orienté par le SIAO. Les hôteliers étant libres de louer ces chambres à d'autres personnes, le parc varie donc en fonction des périodes de l'année, ce qui rend difficile la visibilité sur les chambres disponibles en fonction des équipements.

INSALUBRITE ET PRESENCE DE PUNAISES DE LIT : UN IMPACT NON NEGLIGEABLE SUR LA SANTE

Les problèmes d'insalubrité, et notamment la présence de punaises de lit, sont régulièrement soulevés à propos des hébergements d'urgence. Si quelques améliorations sont observables ces dernières années sur l'ensemble du parc grâce aux efforts des hôteliers, cela reste une difficulté quotidienne pour plusieurs ménages hébergés. Il arrive que des personnes sans-abri refusent des places d'hébergement d'urgence en raison d'une mauvaise expérience avec ces nuisibles.

L'impact des punaises de lit sur la santé a fait l'objet de plusieurs recherches. Une étude de l'INSERM compte 72 000 consultations médicales liées aux punaises de lit en France en 2020⁴⁸. Les

⁴⁷ Voir partie A2.1 : On compte 31 personnes isolées prenant un traitement médicamenteux signalées sur un mois

⁴⁸ Ministère des solidarités et de la santé, Etude PULI : consultations liées aux punaises de lit en médecine générale, réseau Sentinelles, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP, UMR-S1136 Inserm Sorbonne Université), <https://www.sentiweb.fr/document/5008>

conséquences psychologiques et psychiatriques sont notamment importantes : détresse psychologique, anxiété, insomnie, dépression, syndrome de stress post-traumatique, aggravation de maladies psychiatriques déjà existantes, etc.⁴⁹ Une étude récente de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) chiffre le coût sanitaire des punaises de lit en France à 83 millions d'euros pour l'année 2019⁵⁰.

L'insalubrité et la présence de nuisibles sont souvent mentionnés comme facteurs de non-recours ou de refus de place d'hébergement d'urgence par le public sans-abri. Certains préfèrent dormir à la rue plutôt qu'au sein d'un hébergement d'urgence où ils ont déjà eu une mauvaise expérience.

« J'étais une nuit là-bas [dans un centre d'hébergement d'urgence], mais je te jure, il y avait des punaises partout, partout ! [...] J'ai dit c'est mort, je ne reviendrais plus, je préfère dormir dehors... »
Personne hébergée en logement d'insertion

- **Un manque de places adaptées aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR)**

Enfin, les équipes du SIAO constatent un important manque de places d'urgence adaptées aux personnes à mobilité réduite, pourtant nombreuses⁵¹. Sur l'ensemble des places de roulement, seulement une place est adaptée aux PMR à l'Hôtel du Château d'Eau (HCE). A défaut, les personnes sont orientées vers d'autres hébergements d'urgences sur des places au rez-de-chaussée, plus facilement accessibles mais sans réel équipement adapté.

Sur les places d'hôtel, le SIAO est aussi contraint de composer avec les disponibilités. Dans le Bas-Rhin, on estime qu'environ un dixième des personnes à mobilité réduite hébergées à l'hôtel le sont sur des places réellement labellisées « PMR »⁵².

2.3. Une « médicalisation » du public accueilli par le secteur de l'AHI et une dégradation générale de l'état de santé des personnes observé

- **Une médicalisation du secteur de l'AHI constatée par les professionnels**

Avec le même mécanisme de priorisation des situations d'urgence qu'au sein des hébergements médicalisés, les acteurs de l'AHI font état d'une dégradation globale de l'état de santé des personnes accueillies, qu'il s'agisse de centres d'hébergement d'urgence, de maraudes, d'accueils de jour, d'hébergement d'insertion, voire de logement d'insertion.

De nombreux services ont dû s'adapter à l'augmentation des besoins du public en termes de santé, soit en ouvrant des postes médicaux, soit par le biais d'intervention extérieures et de partenariats. Face à l'ampleur des problématiques de santé rencontrées, ces solutions se révèlent cependant insatisfaisantes.

⁴⁹ Ashcroft, Rachele, Yukari Seko, Lai Fong Chan, Jessica Dere, Jaemin Kim, et Kwame McKenzie. 2015. « The mental health impact of bed bug infestations: a scoping review ». International journal of public health 60 : 827-37.

⁵⁰ ANSES, Les punaises de lits : impacts, prévention et lutte, Rapport d'expertise collective, Juillet 2023. <https://www.anses.fr/fr/system/files/BIOCIDES2021SA0147Ra>

⁵¹ Voir partie I) A) 2.1. : on compte 14 personnes isolées nécessitant une place PMR signalées sur un mois

⁵² Le SIAO ne dispose pas de base de données sur les caractéristiques du parc hôtelier. Il s'agit d'une estimation de l'équipe du SIAO 67

« On est obligé de trouver des solutions avec ce qu'on peut, en termes de relais avec l'hôpital, avec des médecins ou des cabinets d'infirmiers qu'on connaît bien, ou certains professionnels de CMP avec qui on a un bon contact. Mais ça reste du bricolage, et ça demande beaucoup de travail, pour peu de résultat sur le long terme. [...] On ne peut pas être satisfaits ». Infirmière intervenant en hébergement d'urgence

De manière générale, le renforcement des équipes sociales par du personnel médical semble nécessaire, même si la substitution aux dispositifs de droit commun n'est pas souhaitable.

- **Le secteur de l'AHJ témoin des difficultés vécues dans le secteur hospitalier**

Ces observations peuvent être mise en lien avec les difficultés rencontrées par le secteur hospitalier, notamment en ce qui concerne les services de suite de soins ou de convalescence.

« Aujourd'hui, le SIAO pallie en quelque sorte les manquements du dispositif de suite de soins. On est conscient qu'il y a une médicalisation du public accueilli au 115, en CHRS, etc... C'est le même glissement de public qu'on peut observer avec les SSR [Soins de Suites et de Réadaptation] et les maisons de retraites ». Professionnel d'un service social d'hôpital

Ainsi, avec ce « glissement » du public, les places d'hébergement d'urgence du 115 représentent des solutions à défaut de mieux pour les personnes avec d'importants problèmes de santé. Par la suite, ces mêmes personnes sont orientées vers les dispositifs d'insertion, d'où cette « médicalisation » du public à toutes les échelles.

« Si vous regardez les personnes qui viennent ici, elles sont toutes en béquille, ou impotentes. Il y a vraiment un nivellement par le bas [...]. Ici, on est directement témoins des conséquences du délitement de l'hôpital ». Infirmière intervenant en centre d'hébergement d'urgence

COMMENT LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ DES PERSONNES, LORSQU'ELLES NE SONT PAS PRISES EN CHARGE, PEUVENT DESORGANISER LE SECTEUR DE L'HEBERGEMENT

Les écoutants du 115 ont été récemment confronté à une personne qui sollicitait le service de manière obsessionnelle. En un mois, près de 900 appels ont été recensés provenant de la même personne. Il s'avère que cette personne souffre de troubles psychiatriques et qu'elle traversait une phase de délire la poussant à agir de la sorte.

Cet exemple illustre la manière dont certaines situations peuvent monopoliser l'attention d'un service entier, faute de prise en charge adaptée et cohérente en amont.

3. L'état de santé : frein au parcours d'insertion et motif majeur d'engorgement des dispositifs

Au sein des dispositifs d'hébergement d'insertion, certains acteurs font part de leurs limites dans l'accompagnement d'un public cumulant parfois plusieurs problèmes de santé et en perte d'autonomie. Dans ces cas, l'état de santé des personnes hébergées peut alors constituer un frein dans leur parcours d'insertion.

« [L'état de santé des personnes accueillies,] c'est une catastrophe... On a des personnes poly-addictes, avec des troubles cognitifs, des troubles moteurs, des maladies chroniques... souvent elles

cumulent tout ça. Et il y a un vieillissement précoce du public. On est une structure sociale, pas médico-sociale. Souvent, on arrive à bout de notre accompagnement ». Professionnelle d'un centre d'hébergement de stabilisation

3.1. Des structures d'hébergement réticentes à accueillir un public présentant plusieurs problèmes de santé

Face à ces difficultés d'accompagnement, les structures d'hébergement se montrent parfois réticentes à accueillir un public présentant plusieurs problèmes de santé. C'est notamment le cas des personnes ayant des troubles psychiatriques. Par exemple, il apparaît que les personnes orientées par un service comme le centre hospitalier d'Erstein (CHE)⁵³, ont près de **65% plus de probabilité de se voir refuser une orientation de la part d'une structure d'hébergement**, en comparaison à l'ensemble des orientations du SIAO sur l'année 2022.

Réponse de l'orientation selon l'Utilisateur de Premier Accueil (UPA) en 2022	Refus de la personne		Refus de la structure		Admission		Total	
CH Erstein	11	21,57%	17	33,33%	48	45,10%	116	100,00%
Tous les UPA	293	15,62%	392	20,90%	1098	58,53%	1876	100,00%

- **Le manque de relais, notamment psychiatrique, qui explique les réticences des acteurs de l'AH**

Le manque de relais, notamment psychiatrique explique en partie cette réticence lors des admissions. Ce **sentiment d'être isolé** pour répondre à des situations complexes est régulièrement déploré par les acteurs de l'hébergement d'insertion. Ils sont témoins de situations où les résidents n'ont parfois aucun suivi, et faces auxquels les équipes se retrouvent démunies. Lors de phases de délire aiguë ou de décompensation, les urgences psychiatriques ne se montrent pas toujours réactives, ce qui peut mettre en difficulté les équipes, les autres résidents, et évidemment la personne concernée. Sans prise en charge adaptée, ces comportements peuvent se solder par des comportements inappropriés, voir des passages à l'acte dangereux, et finissent par motiver une exclusion.

« Dans ce genre de situation [en cas de crise aiguë ou de décompensation], on n'a pas de solution à part les urgences psychiatriques. Mais c'est arrivé qu'ils n'interviennent pas. Une fois, j'ai dû amener un résident moi-même aux urgences, seul dans ma voiture ! Ça aurait pu être très dangereux mais je ne savais pas quoi faire d'autre... [...] ça nous a beaucoup questionné ensuite pour accueillir ce public ». Professionnel en logement d'insertion

Les liens avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de secteurs sont plus le fruit d'un réseau interpersonnel qu'un véritable partenariat institué. De même, l'accompagnement psychiatrique en CMP nécessite systématiquement **l'adhésion des personnes**, ce qui n'est pas toujours le cas.

De manière générale, les acteurs de l'hébergement d'insertion évoquent la nécessité d'avoir un **regard de professionnel médical psychiatrique**, pour mieux comprendre certaines situations et savoir adapter

⁵³ Le Centre Hospitalier d'Erstein est un établissement public de santé spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales.

son comportement dans des situations qui peuvent être très déstabilisantes. Un **besoin de formation spécifique** aux troubles psychiatriques est également régulièrement mentionné par les équipes.

- **L'importance d'une transmission d'informations sur le parcours de soin**

Le manque d'information sur l'état de santé des personnes lors des orientations peut aussi expliquer les difficultés d'accompagnement et/ou réticence pour les opérateurs de l'AHJ d'accueillir ce public.

En effet, les hébergements d'insertion ne disposent que rarement d'informations quant à l'état de santé des personnes et les accompagnements déjà mis en place. La demande SIAO ne mentionne pas explicitement ces problématiques, sous réserve de secret médical et de protection des données. Or, dans une logique de cohérence de soins, il apparaît néanmoins important de **savoir où en est la personne dans son parcours thérapeutique**. Cela permettrait non seulement d'assurer un meilleur accompagnement, mais aussi de favoriser une continuité de soins.

De plus, au moment de leur admission, les personnes hébergées sont parfois dans un état très fragile et abimées par un parcours de rue. Le soin n'est pas toujours une priorité, et elles peuvent se montrer peu autonomes ou peu investies sur le plan médical. Sans accompagnement étayant s'inscrivant dans une continuité de parcours, elles peuvent ainsi être sujettes à des retards de soin ou des ruptures de traitement.

L'EXEMPLE DES INJECTIONS RETARD ET LA NECESSITE D'UNE MEILLEURE COMMUNICATION

Les injections retards, ou neuroleptiques à action prolongées, sont prescrites contre les psychoses et permettent d'éviter aux malades de prendre des médicaments tous les jours. Elles permettent de régler des problèmes pratiques : pas besoin d'aller à la pharmacie, de gérer ses ordonnances, prévention du vol de médicaments, etc.

L'injection se fait en CMP, et est souvent encouragée pour les personnes sans-abri et délirantes. Elle permet de « *calmer les symptômes, les comportements agités ou agressifs et prévient aussi d'éventuels passages à l'acte* »⁵⁴.

« *On reçoit beaucoup de personnes qui ont des injections retards [...] C'est arrivé qu'on l'apprenne bien trop tard et que la personne se soit retrouvée sans traitement, jusqu'au jour où elle a décompensé complètement* » Professionnelle en CHRS

Cet exemple, loin d'être un cas isolé, illustre l'importance pour les opérateurs de l'hébergement d'insertion d'être informés en amont du parcours de soins des personnes, et des besoins en termes d'accompagnement.

3.2. L'état de santé stabilisé comme condition d'accès à l'hébergement et aux dispositifs adaptés

De plus, un état de santé stabilisé est souvent un préalable aux orientations vers certaines structures d'insertion adaptées. Par exemple, les orientations en résidence accueil ou vers le Chez Soi d'Abord pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques **requièrent préalablement une évaluation médicale approfondie et un état stabilisé**. Or, obtenir un diagnostic médical nécessite plusieurs

⁵⁴ Champagne A., L'injection retard à la rue : du soin aux enjeux sécuritaires, L'Obs, janvier 2017

rendez-vous de manière régulière chez un psychiatre, ce qui peut s'avérer difficile pour les personnes sans-abri.

Lors de certaines orientations, il est parfois demandé que les personnes ayant des troubles psychiatriques soient sous mesure de protection judiciaire pour intégrer un dispositif d'hébergement ou de logement d'insertion. Cela représente notamment un gage d'autonomie financière et un filet de sécurité pour les opérateurs, qui n'ont pas à gérer d'éventuels retards de paiement en cas de rechute sur le plan sanitaire et/ou de perte d'autonomie.

Enfin, les acteurs de l'AHJ se confrontent parfois à des **difficultés de manque d'adhésion** des personnes à un parcours de soin. Pour reprendre l'exemple de la psychiatrie, le phénomène de refus de soins est en effet fréquent, notamment chez les personnes en situation d'errance pour qui les conditions de suivi de traitement ne sont pas optimales. L'enquête Samenta⁵⁵ révèle que, parmi les personnes à la rue et en rupture de traitement, 27 % mentionnent une inefficacité du traitement, 20 % évoquent une trop forte contrainte, et 18 % des effets secondaires indésirables.

Ainsi, faute d'une évaluation médicale et de soins adaptés, de nombreuses personnes se trouvent bloquées à la rue ou dans les dispositifs d'hébergement d'urgence, sans suite de parcours possible.

3.3. Une sortie de rue difficile pour les personnes avec des problèmes de santé

Ainsi, il apparaît que les personnes avec d'importants problèmes de santé sont plus sujettes à s'installer dans un long parcours d'errance et de sans-abrisme, sans se voir proposer de solution de sortie de rue.

- **L'étude de la cohorte des personnes ayant fait l'objet de signalement témoigne d'un parcours d'errance plus long**

Les données issues de l'étude des signalements sur une période d'un mois⁵⁶ complétées avec les informations du SI SIAO permettent de mieux comprendre la particularité du parcours de ces personnes, dont la majorité présente d'importants problèmes de santé.

En moyenne, ces personnes ont **un temps d'errance plus long** que l'ensemble des personnes sollicitant le 115 sur la même période⁵⁷. Avant leur signalement, 90 de ces personnes avaient déjà appelé le 115, soit 76 % de l'ensemble des 118 personnes signalées. Parmi elles, **60 % sollicite le 115 depuis plus d'un an, et un tiers appelle le 115 depuis plus de 3 ans.**

Pour ces 90 personnes, le premier appel au 115 remonte en moyenne à plus de deux ans (788 jours), avec une médiane à 529 jours. En comparaison, l'ensemble des personnes sollicitant le 115 sur la même période et déjà connues du SIAO ont en moyenne un premier appel qui remonte à 610 jours, avec une médiane à 248 jours.

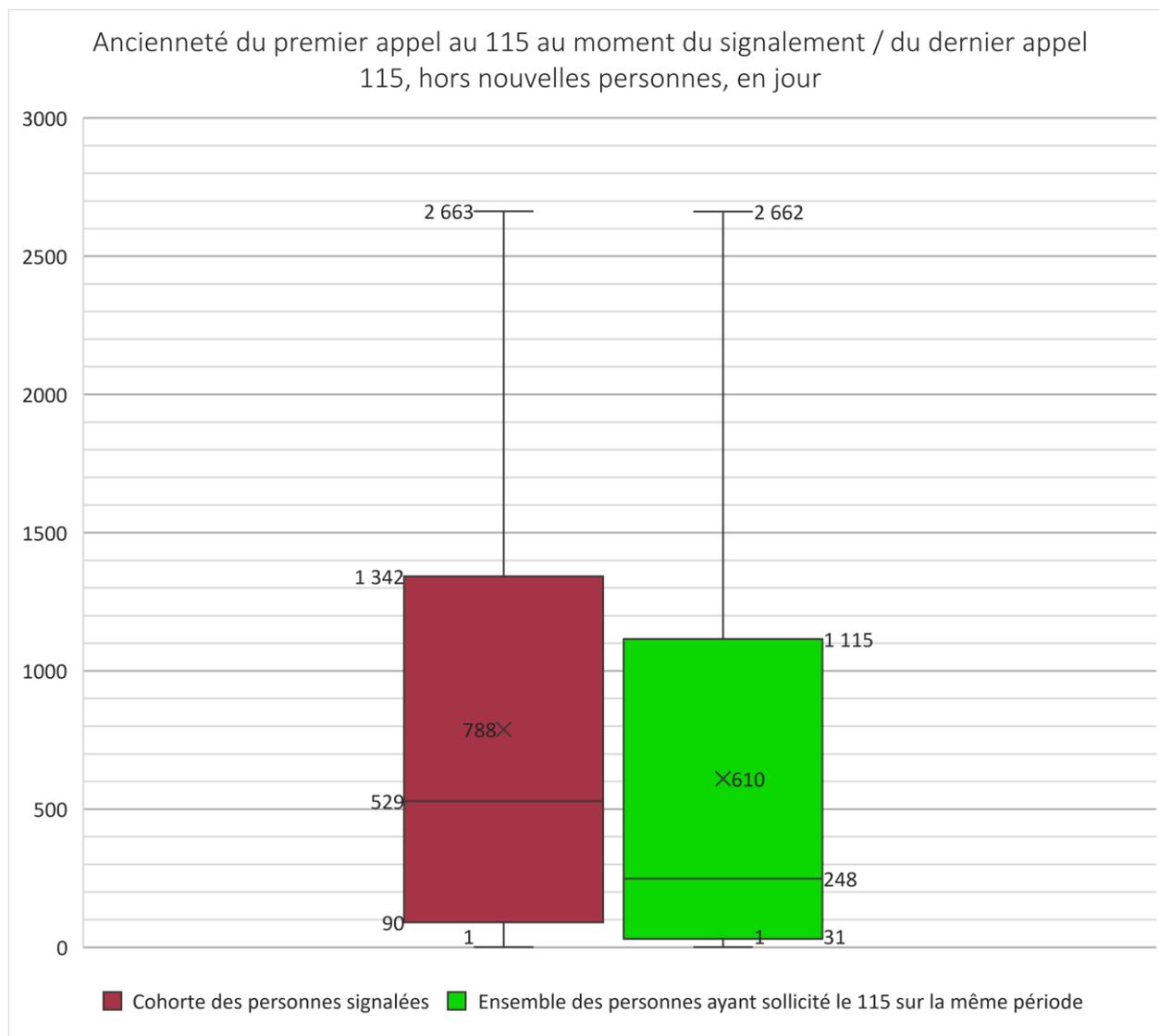
Cela met en avant le fait qu'un état de santé dégradé peut représenter un facteur d'exclusion. En même temps, cela illustre aussi le phénomène **d'aggravation de l'état de santé** des personnes dû aux

⁵⁵ Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al., *op. cit*

⁵⁶ Voir partie I) A) 2.1.

⁵⁷ On peut avoir une idée générale du temps d'errance de ces personnes en prenant en compte la date du premier appel passé au 115 et la date du signalement. Pour calculer la durée d'errance, on ne gardera que les personnes ayant déjà appelé le 115 au moins une fois.

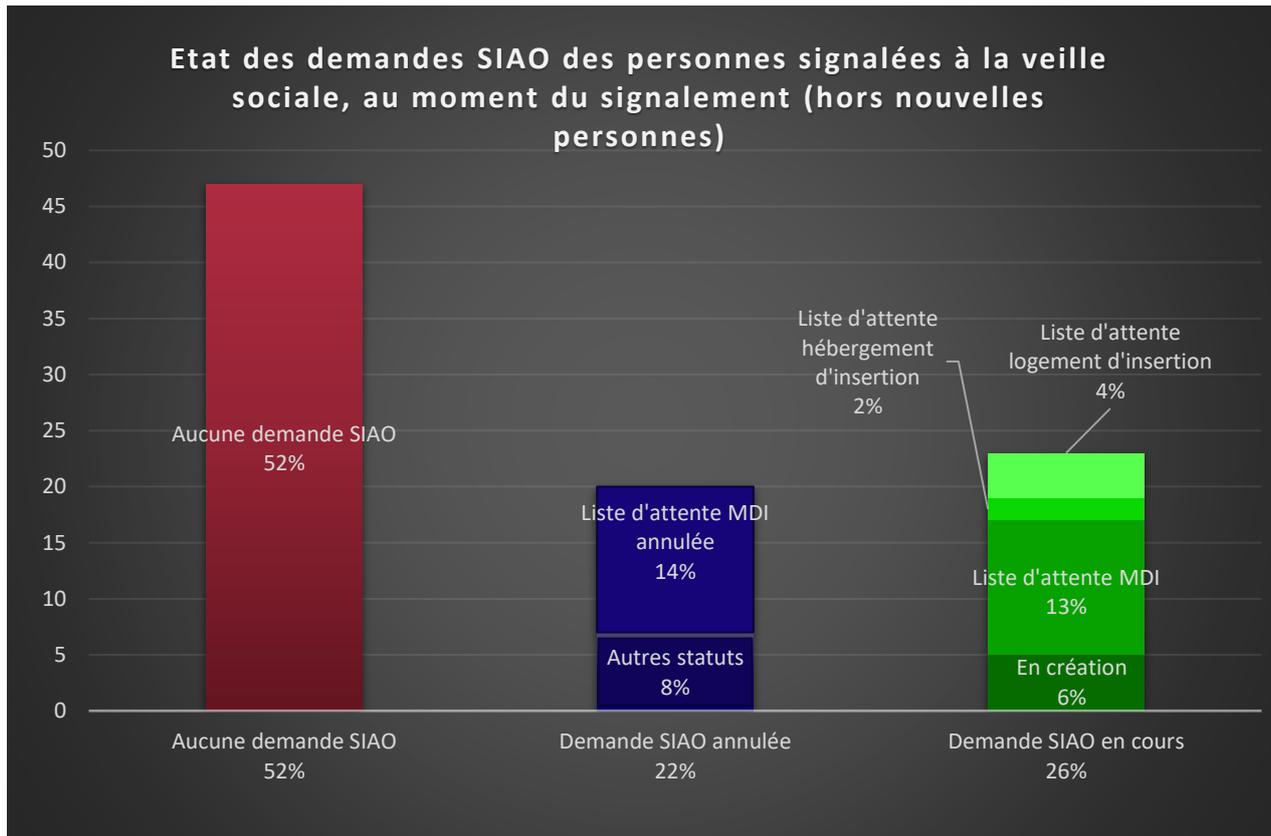
conditions de vie à la rue et en hébergement d'urgence⁵⁸ : En d'autres termes, plus le temps d'errance est long, plus l'état de santé s'aggrave.



- **La difficulté de s'inscrire dans un parcours d'insertion durant la période d'errance**

De même, pour ces mêmes personnes, on constate une **difficulté à s'inscrire dans un parcours d'insertion avec des solutions de sortie de rue**. L'étude du parcours de la même cohorte révèle que beaucoup d'entre elles n'ont jamais eu de demande d'insertion auprès du SIAO (52 %), et près d'un quart a eu une demande annulée (22 %). En somme, elles ne sont que 25 % à avoir une demande de d'insertion en cours au moment du signalement, alors même qu'il s'agit principalement de personnes connues du 115 et ayant un long temps d'errance

⁵⁸ Voir chapitre I) A) 1.1.

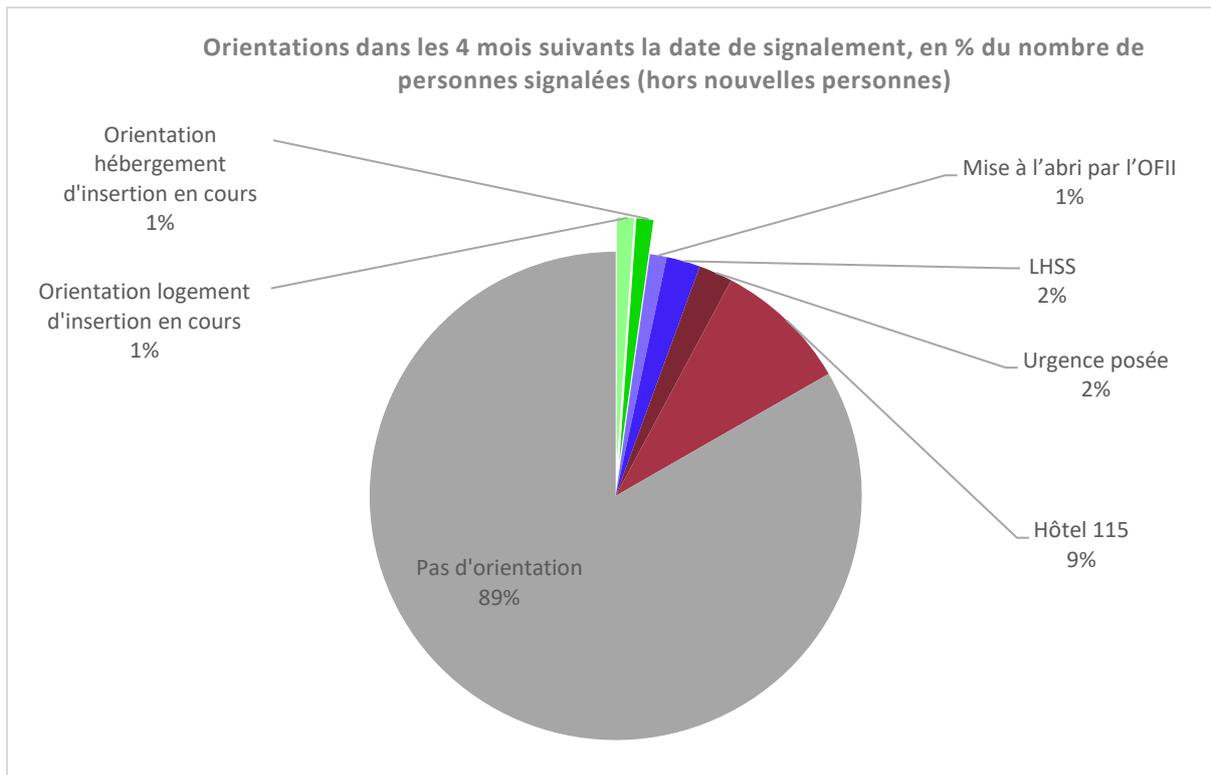


- **Quatre mois après le signalement, un maintien dans les dispositifs d'urgence et peu d'inscription dans un parcours d'insertion**

Par ailleurs, les données du SI-SIAO permettent d'avoir un regard sur l'évolution de ces situations. Quatre mois après la date de signalement, encore peu de personnes ont eu accès à une demande auprès du SIAO : **59 % des personnes n'avaient toujours pas de demande en cours** (annulée ou aucune demande) ; et 25 % des personnes avaient une demande SIAO en cours de traitement (en création ou inscrite sur liste d'attente).

Pour le reste, 11 % des personnes ont eu des places d'hébergement d'urgence pérenne, soit à l'hôtel (9%), soit sur des places d'urgence longue (2 %), et 2 % ont eu une place dans un hébergement médicalisé de type LHSS.

En définitive, **seulement 3 % des personnes se sont vu attribuer une orientation dans un dispositif de sortie de rue via le SIAO** (ou l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration [OFII] pour une personne demandeuse d'asile).



Pour résumer, l'analyse des demandes en amont et en aval des personnes ayant fait l'objet d'un signalement témoigne de **nombreux freins à l'inscription dans un parcours de sortie de rue à long terme**. L'hébergement ou le logement d'insertion ne répondent que marginalement aux besoins des personnes, tandis que les dispositifs d'urgence, bien qu'insatisfaisant pour répondre aux besoins sanitaires identifiés, constituent la principale solution par défaut. Surtout, il apparaît que **la majorité des personnes signalées restent sans solution d'hébergement après quatre mois**.

4. Une intervention dans l'urgence et un manque de cohérence de parcours sur le long terme

En somme, ces observations font apparaître un fonctionnement axé sur la réponse dans l'urgence aux besoins identifiés, à défaut d'une réponse cohérente sur le long terme.

4.1. Au SIAO, les critères de santé au centre d'une logique de priorisation des publics vulnérables, malgré l'absence de compétence médicale

- **Une logique de priorisation excluante pour une partie du public**

Tout d'abord, en raison des logiques de priorisation visant les personnes les plus vulnérables, celles sans problème de santé particulier se retrouvent défavorisées pour l'accès aux places d'hébergement. Ainsi, les personnes ne présentant pas de pathologie aiguë ou chronique restent plus longtemps à la rue sans solution de mise à l'abri, finissent par s'user et voir leur santé décliner, jusqu'à devenir alors prioritaires à leur tour.

Par ailleurs, tous les problèmes de santé ne constituent pas au même titre un critère de vulnérabilité. Certains acteurs de la veille sociale déplorent par exemple que **les troubles psychiatriques et les troubles liés à l'addiction ne soient pas des facteurs de priorisation**, de la même manière que le sont les maladies somatiques.

Cette situation est délétère pour les personnes, diminue leur chance de s'insérer dans un parcours d'accès à l'hébergement / logement et s'avère source de surcoût à long terme pour les finances publiques par les dépenses de santé évitables qu'elle engendre.

« Non il n'y a pas de place au 115. En plus quand on est un homme et qu'on n'est pas forcément malade, ils nous prennent pas. Parce qu'il y a d'autres gens, des vieux, des femmes, des handicapés, qui sont plus prioritaires... ». Personne hébergée en hébergement d'insertion

- **L'absence de compétence médicale au sein du SIAO pour l'orientation du public**

De même, malgré toutes les spécificités à prendre en compte pour adapter au mieux l'attribution des places d'hébergement, **le SIAO n'est pas doté de professionnel médical** qui soit en mesure d'évaluer de manière fine les besoins sanitaires, que ce soit à la veille sociale ou au pôle insertion.

Sous réserve de secret médical, certains partenaires hésitent à rentrer dans le détail des problèmes de santé rencontrés par les personnes, ce qui est compréhensible, mais **amène parfois à des orientations inadaptées**, notamment sur des places d'urgence. Cela rend également difficile une articulation entre le parcours de soin et le parcours d'insertion, qui ne répondent pas toujours aux mêmes logiques⁵⁹.

LA TRANSMISSION D'INFORMATION A CARACTERE MEDICALE POUR MIEUX ADAPTER LES PROPOSITIONS D'HEBERGEMENT

Au titre de l'article R1110-2 du, **tous les travailleurs sociaux peuvent avoir accès aux informations de santé** des personnes qu'ils accompagnent.

Ces données doivent toutefois être **limitées à ce qui est strictement nécessaire** à l'accomplissement de leur mission (article R1110-1 Code de la Santé Publique et Chapitre 2 article 5 du Règlement Général sur la Protection des Données [RGPD]). Ainsi, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir connaissance du diagnostic médical pour évaluer les besoins et la vulnérabilité d'une personne (exemple : schizophrénie), la description des symptômes peut souvent être suffisante (perception perturbée de la réalité, idées délirantes et isolement sociale et relationnel).

Afin de pouvoir partager les données de santé relatives à une personnes accompagnée, il est nécessaire d'obtenir au préalable son consentement. Le consentement peut être recueilli de façon orale mais doit être tracé dans le dossier de la personne accompagnée. L'information délivrée préalablement au recueil du consentement doit être claire et complète. Elle doit indiquer quelles données seront utilisées et dans quelle finalité.

A titre d'exemple, voici les informations qui paraissent importante à transmettre pour toute demande d'hébergement :

- Régime alimentaire / Nécessité d'accéder à une cuisine
- Besoin d'un frigidaire pour conserver des médicaments

⁵⁹ Sur la difficulté et l'importance d'articuler social, médical et médico-social, voir : LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours, « 5. La nécessaire coordination sur un territoire entre et dans les secteurs sanitaire, social et médico-social pour accompagner les personnes dans leur parcours », HAS, Recommandation de bonnes pratiques, 2021. [Haute Autorité de Santé - Lits halte soins santé \(Lhss\), Lits d'accueil médicalisés \(Lam\) et Appartements de coordination thérapeutique \(Act\) : l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/rapports-et-publications/recommandation-de-bonnes-pratiques/haute-autorite-de-sante-lits-halte-soins-sante-lhss-lits-daccueil-medicalises-lam-et-appartements-de-coordination-therapeutique-act-laccompagnement-des-personnes-et-la-continuite-des-parcours)

- Possibilité ou non de partager des sanitaires
- Contre-indication à toute forme de cohabitation
- Problème de mobilité (fauteuil, béquilles, etc.) et nécessité en termes d'équipements adaptés
- Lieu du suivi médical en cas de rendez-vous réguliers et de problèmes de mobilité

- **Une charge importante de travail pour parfois peu de résultats**

En plus d'être excluante, la nécessité de prioriser les situations les plus urgentes engendre une importante charge de travail, à la fois pour les partenaires mais aussi pour le SIAO. Parfois, un même ménage peut faire l'objet de plusieurs signalements, par différents acteurs de la veille sociale et à plusieurs jours d'intervalle. Si une mise à l'abri est possible, elle sera souvent à renouveler au bout d'une semaine s'il s'agit d'une place en roulement, ce qui nécessitera un autre signalement, donc une nouvelle évaluation.

Ce circuit peut être questionnant pour certains acteurs de la veille sociale, d'autant plus que ce travail chronophage n'aboutit pas systématiquement à une mise à l'abri. Encore une fois, ces efforts déployés pour les situations les plus vulnérables se traduisent par un manque de temps pour accompagner un public n'entrant pas dans les critères de priorisation.

4.2. Des parcours d'insertion fragmentés et marqués par des ruptures d'hébergement

De manière générale, nous faisons le constat que le parcours des personnes aux problématiques de santé est marqué par de nombreuses **ruptures d'hébergement, d'accompagnement et de soins**. Que ce soit au sein des hébergements médicalisés, des dispositifs d'urgence ou des hébergements d'insertion, l'articulation entre le soin et l'hébergement permet encore difficilement d'apporter une réponse sanitaire cohérente sur le long terme.

- **L'étude de la cohorte des personnes ayant fait l'objet de signalement témoigne de parcours fragmentés alternant hébergement et remise à la rue**

L'étude de la cohorte des personnes signalées met en évidence des **parcours fragmentés au sein du parc d'hébergement**. Parmi elles, au cours de leurs parcours, 14% sont déjà sorties d'une place d'hébergement ou de logement d'insertion et 17% sont sorties d'un hébergement pour demandeurs d'asile de type Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) ou Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA). Ainsi, 31% des signalements reçus pour des personnes isolées résultent de parcours où les personnes étaient hébergées, mais où une fin de prise en charge dû être actée sans solution de mise à l'abri.

LE CAS DES SORTANTS DE CADA

Le cas des sortants de CADA ou d'HUDA est évidemment particulier, dans la mesure où les sorties « sèches » sont en majorité motivées par un refus de la demande d'asile, assortie d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF). Le dispositif d'hébergement actuel tend à systématiser des orientations vers des structures prévues à cet effet, comme le centre COALLIA à Geispolsheim ou le Centre de Préparation Au Retour volontaire (CPAR) de Bouxwiller. Dans les faits, ces orientations ne se soldent pas toujours par un retour des personnes, et certaines choisissent de se maintenir sur le

territoire. C'est le cas notamment des personnes avec de lourds problèmes de santé, pour qui un suivi médical est déjà mis en place à Strasbourg.

Or, le refus d'une orientation ou le départ d'une structure prévue pour organiser un retour au pays d'origine est aujourd'hui considéré comme un refus d'hébergement. En conséquence, les personnes ne sont plus prioritaires pour se voir proposer de place au 115 ou à l'hôtel, ce qui est assez questionné par les acteurs de la veille sociale.

« On constate beaucoup de personnes sortantes de CADA qui finissent à la rue, alors qu'elles ont des gros problèmes de santé. Il y a un homme qu'on rencontre régulièrement, il a dû être hospitalisé au moins six fois, et à chaque fois il retournait dehors. [...] Il y a des personnes qui finissent par avoir une APS [autorisation provisoire de séjour] pour soins, mais les conséquences sur leur état de santé sont déjà catastrophiques » Equipe mobile de médecin du monde

Les sorties sans solution d'hébergement du dispositif d'asile peuvent aussi concerner des réfugiés statutaires, qui pourraient s'inscrire dans un parcours vers le logement. Parfois, il arrive que les personnes partent volontairement de CADA, pour des raisons complexes. C'est par exemple le cas de personnes qui viennent d'autres départements, comme récemment à Strasbourg avec l'arrivée de familles afghanes en provenance de Guyane par exemple. Or, une fois que ces familles ont quitté le « circuit » d'hébergement classique, il est par la suite difficile d'y accéder de nouveau. Pour ces personnes, les acteurs de la veille sociale constatent aussi un manque de place de transition, notamment pour les familles, qui permettraient d'éviter des passages à la rue.

- **La cohérence des dispositifs remis en question par des professionnels qui déplorent une perte de sens**

Ces difficultés questionnent de nombreux professionnels de l'AHJ, sur le sens et l'efficacité de leurs missions. Le sentiment de « *travailler dans l'urgence* » est souvent mentionné, au détriment d'une qualité d'accompagnement favorisant la continuité du parcours. Les ruptures de parcours au sein de l'ensemble des dispositifs apparaissent notamment comme étant contre-productives. L'exemple de certaines situations au sein d'hébergements médicalisés illustre parfaitement ces limites.

« Lorsqu'une personne n'a plus besoin des soins proposés ici, on peut la garder un certain temps, mais au bout d'un moment il faut qu'on libère la place pour d'autres. Donc elles se retrouvent à la rue de nouveau. Mais c'est très questionnant effectivement... [...] il arrive que ces personnes soient de nouveau hospitalisées, puis encore orientées chez nous. Et là on perd vraiment le sens de notre mission ». Professionnelle en LHSS

- **L'importance des équipes mobiles d'appui et de coordination de soins**

Depuis quelques mois, le développement d'équipes mobiles de coordination de soins permet de remédier aux limites mentionnées ci-dessus. Le développement du LHSS mobile rattaché à l'Escale permet non seulement de mieux identifier et préparer les admissions au sein des places d'hébergement LAM ou LHSS, mais aussi d'assurer une continuité de suivi une fois les personnes sorties du dispositif. La possibilité de pouvoir intervenir au sein de structures d'hébergement, de type CHRS, pour assurer des missions de coordination de soins répond à un important besoin et rassure les équipes.

Le développement de l'ACT vers des interventions « hors les murs » permet également d'apporter une certaine continuité dans les parcours des personnes. Intervenant dans tout environnement

(hébergement, rue, voiture, domicile, etc.), l'accompagnement sanitaire est d'avantage tourné vers l'éducation thérapeutique et l'ouverture des droits que la réalisation d'actes de soins. Cela vient donc compléter l'action des acteurs de l'AHI, pour qui ces interventions peuvent être un véritable soutien.

De manière générale, le fait que l'accompagnement thérapeutique soit dissocié d'une place d'hébergement **permet d'éviter qu'une sortie « sèche » s'accompagne d'une rupture de soins**. Il paraît important de continuer à développer ces dispositifs et à consolider leur coordination.

Conclusion

En somme, les personnes sans domicile sont particulièrement exposées à divers problèmes de santé, non seulement en raison des conditions de vie à la rue, mais aussi du fait d'une difficulté à s'inscrire dans un parcours de soin sur le long terme.

La saturation des hébergements médicalisés et d'urgence, couplée aux logiques de priorisation en fonction de la vulnérabilité, amène à une dégradation de l'ensemble du public accompagné par le secteur de l'AHI. Ainsi, face à des problèmes de santé de plus en plus présents, le système d'hébergement actuel permet difficilement d'apporter des solutions cohérentes, alliant mise à l'abri et accompagnement sanitaire adapté.

Partie II : Préconisations

Au vu des éléments mentionnés dans la première partie, les préconisations du SIAO 67 reposent sur deux axes d'action. Le premier consiste à adapter le parc d'hébergement actuel aux besoins des personnes avec des problématiques de santé (A). Le second renvoie à un renforcement de l'articulation entre les acteurs sociaux, médicaux-sociaux et médicaux (B).

A) Renforcer le nombre de places adaptées aux personnes avec des problématiques de santé de sorte à pouvoir fluidifier les parcours

1. Renforcer le parc actuel de places dédiées en hébergement médicalisé et fluidifier les sorties dans une démarche de parcours

Les LAM, LHSS et ACT apparaissent aujourd'hui comme des réponses très utiles aux besoins constatés. Toutefois, leur saturation actuelle, rendant les nouvelles admissions trop rares comparé au nombre de situations, pourrait selon les acteurs interrogés appeler à une double action :

- **Renforcer le nombre de places existantes dans le département**, en priorisant les LAM, qui sont les places faisant le plus souvent défaut. Sur l'ensemble du département, il n'existe selon les chiffres connus que 10 places dédiées aux LAM, ce qui paraît peu compte tenu de l'ampleur des besoins du territoire.
- **Permettre la fluidité des parcours et la continuité de l'hébergement aux personnes accueillies**. Les durées de séjours supérieures aux besoins sont en effet un obstacle dans la bonne allocation des ressources et invitent à améliorer la sortie de ces dispositifs. Toutefois, il apparaît contre-productif de répondre à ces problématiques par des fins de prise en charge sèches, les retours à la rue effaçant très rapidement les bénéfices des soins apportés.

2. Renforcer les moyens d'actions des structures d'hébergement classique pour prendre en compte la dégradation de l'état de santé des personnes

La dégradation de l'état de santé des personnes actuellement hébergées dans les structures classiques est un constat largement partagé. Afin de l'entériner, les professionnels interrogés font ainsi remonter qu'il serait utile de renforcer les moyens matériels (ex : lits médicalisés) et humains à leur disposition. Ce deuxième versant peut prendre plusieurs formes, qu'il s'agisse de la constitution sur place d'équipes pluridisciplinaires santé / social, permettant d'accompagner les pathologies psychiatriques et somatiques des personnes, et favoriser ainsi leurs soins et leur maintien en hébergement, ou bien du renfort des équipes mobiles à même d'intervenir ponctuellement dans les structures. Outre le besoin de personnel paramédical ou médical, apte à poser un diagnostic et prodiguer des soins en première intention, le besoin de psychologues est également régulièrement remonté. En ce sens, la création de 3 postes de psychologues financés par l'ARS apparaît comme un premier pas positif aux yeux des acteurs de terrain.

3. Créer des places d'hébergement et d'évaluation des situations avec un regard croisé médical et social

Pour apporter une réponse aux personnes en hébergement d'urgence, dont les problématiques de santé restent mal évaluées, rendant impossible l'inscription dans une suite de parcours, il pourrait être utile de créer des places d' « urgence posée médicalisée » où les personnes pourraient être accueillies sur une durée longue et prises en charge par une équipe pluridisciplinaire travailleurs sociaux / soignants / psychologues, à même d'évaluer la situation de la personne et de travailler l'orientation la mieux adaptée à ses besoins (dispositif médicalisé, inscription dans un parcours de soin adapté en vue de l'entrée dans un hébergement / logement classique, etc.).

Pour répondre au mieux à la diversité des profils, il pourrait être intéressant que les places prennent la forme mixte d'hébergements collectifs et de logements individuels. Ces places seraient particulièrement adaptées à des personnes présentant des troubles psychiatriques non stabilisés.

4. Créer ou sanctuariser des places dédiées aux personnes vieillissantes avec un parcours de rue

Il serait utile de proposer des dispositifs d'hébergement dédiés au public vieillissant avec parcours de rue :

- Soit via des dispositifs dédiés, spécialisés dans l'accueil de ce public, comme cela se fait par exemple à la Rochelle, dans la structure portée depuis 2010 par l'association Escalé⁶⁰.
- Soit en réservant un contingent de place dans les EHPAD et résidences « autonomie » dédiées à ce public, lesquelles pourraient être portées à la connaissance du SIAO pour que des orientations soient proposées.

5. Répondre aux besoins des aidants

Les aidants familiaux sont souvent indispensables pour assurer les soins et l'hygiène quotidienne des personnes faiblement autonomes accueillies en hébergement. Or cette responsabilité peut être très lourde à porter au quotidien. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a d'ailleurs instauré un droit au répit pour les proches aidants.

Il pourrait être intéressant de proposer dans ce cadre des actions spécifiques à leur destination, pouvant la prendre la forme d'espace d'échanges, d'accompagnement psychologique et de formation aux premiers secours et soins corporels.

De même, il semble important d'aménager le parc d'hébergement d'urgence pour augmenter le nombre de place pour couples (dont l'un des membres est souvent l'aidant de l'autre), afin que ces derniers ne soient pas défavorisés pour accéder à mise à l'abri.

B) Faciliter l'accès aux dispositifs dédiés et la coordination de parcours

Au-delà de la création de places supplémentaires, faciliter l'accès à celles déjà existantes permettrait de répondre plus rapidement et facilement aux besoins des personnes.

⁶⁰ <https://association-escale.fr/medico-social/>

1. Créer une commission unique d'accès aux dispositifs spécialisés

Aujourd'hui, les places LHSS, LAM et ACT sont portées par plusieurs associations, chacune avec leurs critères et modalités d'accès particulières. Il serait pertinent de centraliser l'accès à ces places, pour éviter l'errance des dossiers et améliorer la qualité des orientations. Un tel fonctionnement existe déjà ailleurs, à Lyon par exemple où les ACT possèdent un guichet unique d'accès, et une commission d'admission mutualisée, à laquelle siège également le SIAO.

2. Créer une commission pour les parcours de soins complexes

Certaines situations particulièrement complexes nécessitent un travail multidisciplinaire à la lisière du médical et du social pour définir la réponse mieux adaptée aux besoins des personnes. Dans ce cadre, la création de commission de situations complexes évoquée dans le cadre du groupe de travail santé/précarité porté par l'ARS et la DDETS, constitue une perspective saluée par les acteurs de terrain.

Les concertations « Parcours de soins complexes » de l'association Interlogement93

En Seine-Saint Denis, le SIAO organise tous les deux mois une concertation « Parcours de soins complexes » ouverte à tous les intervenants médicaux et sociaux. L'enjeu est de présenter des situations en présence de l'ensemble des partenaires intervenants autour de la personne concernée. Les discussions permettent d'échanger autour des dispositifs existants et des solutions envisageables. La mission du SIAO est notamment de préparer en amont les quelques dossiers qui seront soumis à discussion, en s'assurant au préalable que toutes les options ont déjà été envisagées que le regard croisé médical, social et médico-social apportera une réelle plus-value.

3. Créer une équipe mobile « Interface » capable de faire le lien entre les personnes à la rue et les dispositifs dédiés

L'exemple des missions Interface, présentes notamment dans le 75⁶¹ et le 93 ou le 44, est très intéressant et pourrait utilement être reproduit dans le Bas-Rhin.

Ces équipes mobiles, portées par le SIAO et constituées en partie de personnel soignant, ont pour mission :

- D'aller vers les personnes sans-domicile rencontrant des problèmes de santé ou médico-sociaux afin de d'évaluer leur situation et leur niveau d'autonomie, en lien avec un professionnel de santé
- De former les travailleurs sociaux référents à la connaissance de l'offre médicale et médico-sociale, accompagner et conseiller les référents sociaux sur les ouvertures de droits et les orientations possibles, travailler le projet avec les personnes sans-abris
- De former les structures d'accueil médicales et médico-sociales à l'accueil du public ayant un parcours de rue
- D'intervenir aussi bien en amont qu'en aval de l'orientation pour stabiliser l'intégration le temps nécessaire, sur le modèle d'une coordination de parcours

⁶¹ <https://www.samusocial.paris/mission-interface>

Exemple de la mission interface du Samu social à Paris

Créé en 2017, la mission interface du Samu social de Paris s'inspire d'une expérimentation à l'œuvre en Loire Atlantique. Elle part du constat qu'un nombre croissant de personnes âgées et en perte d'autonomie est hébergée au sein du parc d'hébergement d'urgence et d'insertion. D'abord créé à destination des personnes de plus de 60 ans, les missions se sont élargies aux personnes en situation de handicap relevant d'une structure médico-sociale (Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Spécialisé, etc.).

Une équipe de 11 professionnels effectuent une mission de coordination de parcours des personnes âgées signalées par l'ensemble des acteurs sociaux du territoire (accueils de jour, hôpital, LHSS, etc.). Elles peuvent les accompagner de l'élaboration du projet à l'admission au sein de leur nouveau lieu de vie, ce qui est rassurant à la fois pour les personnes, et à la fois pour les structures les accueillant.

L'expertise intersectorielle de la mission interface lui permet d'être une véritable ressource auprès des acteurs du social et du médical, tout en construisant une culture de travail commune par la sensibilisation et l'information des acteurs. Par exemple, des séances d'information sont réalisées auprès des acteurs de l'AHI sur les droits des personnes âgées, les différents types d'établissements existants, les démarches pour y accéder, etc... Parallèlement, l'équipe intervient au sein de structures médico-sociales ou gériatriques pour sensibiliser à l'accueil d'un public avec un long parcours d'errance.

En somme, la palette d'action proposée permet de fluidifier le parcours des personnes en proposant des orientations adaptées, que ce soit en EHPAD, en résidence autonomie, voire en logement autonome, tout en étant un service ressource auprès des acteurs du territoire.

La mission interface est financée à 60% par du mécénat privé, et le reste est partagé entre l'ARS, la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) et la mairie de Paris.

Exemple de la mission santé de l'association Interlogement93 en Seine Saint Denis

Créé en 2015 en concertation avec un hôpital du territoire, la mission santé est à l'origine un dispositif de périnatalité porté par le SIAO, qui répond au besoin d'orientation des femmes venant d'accoucher et/ou en fin de grossesse. Progressivement, ses missions s'élargissent, avec la création d'un dispositif « parcours de soins complexe », qui vise à coordonner le parcours de personnes sans domicile avec d'important problèmes de santé.

En 2022, une équipe mobile santé précarité se met en place pour développer le rôle d'« aller vers » ce même public. La mise en place de cette équipe s'accompagne d'un rôle de régulation et de coordination des 6 équipes mobiles de santé sur le territoire (LHSS mobile, ACT « hors les murs », etc.). L'enjeu est de mieux centraliser, traiter et orienter les demandes d'intervention auprès des équipes du territoire.

Depuis 2023, la mission santé dispose d'une psychologue missionnée pour intervenir auprès des situations les plus complexes mises à l'abri à hôtel.

En parallèle de ces missions, Interlogement93 participe activement à animer les partenariats entre les acteurs, avec l'organisation chaque semaine d'une concertation territoriale du SIAO, ouverte à

l'ensemble des intervenants sociaux du département. Ces actions œuvrent à une meilleure interconnaissance des dispositifs et à une compréhension commune des problématiques du territoire.

La mission santé est principalement financé par l'ARS, et certains postes sont mutualisés avec des financements de la Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS).

Dans une version préfiguratrice, les équipes Interface peuvent dans un premier temps prendre la forme d'un **référent santé, rattaché au SIAO**, dont le profil soignant permet d'appuyer l'évaluation des besoins de santé et d'améliorer la pertinence des orientations. Conformément l'instruction du 31 mars 2022 et au guide d'accompagnement, son rôle pourrait être de :

- Coordonner les équipes mobiles santé
- Préparer les commissions situations complexes santé-précarité, dans la lignée des commission situations complexes déjà animées par le SIAO
- Travailler l'interface entre les différents dispositifs santé-précarité, de sorte à fluidifier les orientations

Références

- **Rapports et expertises**

AAHJ, Rapport d'activité 2020.

ANSES, Les punaises de lits : impacts, prévention et lutte, Rapport d'expertise collective, Juillet 2023. <https://www.anses.fr/fr/system/files/BIOCIDES2021SA0147Ra>

ARS, Projet Régional de Santé 2018 – 2027, Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand-Est, Avril 2017. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14091/download?inline>

CNLE, Avis du CNLE sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S), Décembre 2022

Collectif les Morts de la Rue, Mortalité des personnes sans domicile 2021, Dénombrer & Décrire, Rapport annuel, 10^{ème} édition : <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article320>

Défenseur des droits, Mendras P., Roy D., Sultan Parraud J., Toulemon L., Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, Eclairages, IPP, Mai 2023.

DREES, Le recours aux soins des sans-domicile, Études et résultats N°933, Septembre 2015

DGCS, Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les LAM et les LHSS, Rapport final, Octobre 2018. https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/lutte-contre-l-exclusion/article/LAM_LHSS

Fondation Abbé Pierre, L'état du mal logement en France 2019, La sortie d'hospitalisation psychiatrique : une double détresse pour les personnes précaires et sans domicile, Rapport annuel n°24, 2019.

Fondation Nationale des Samu Sociaux, Lamarque E., Chéruy G., Etude nationale maraudes et Samu sociaux sur le sans-abrisme. FNSS, FAS, 2021. [FNARS_fedesamu_2021.indd \(federationsolidarite.org\)](https://www.federationsolidarite.org/FNARS_fedesamu_2021.indd)

Haute Autorité de Santé, LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours, Recommandation de bonnes pratiques, 2021. [Haute Autorité de Santé - Lits halte soins santé \(Lhss\), Lits d'accueil médicalisés \(Lam\) et Appartements de coordination thérapeutique \(Act\) : l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/ladocuments-et-publications/pratiques-recommandees/haute-autorite-de-sante-lits-halte-soins-sante-lhss-lits-daccueil-medicalises-lam-et-appartements-de-coordination-therapeutique-act-l-accompagnement-des-personnes-et-la-continuite-des-parcours)

Médecins du Monde, Pas de santé sans toit ni droit — L'accès aux soins, à l'hébergement et au logement des personnes sans-domicile dans l'agglomération lyonnaise ; Dossier technique, Lyon 2009.

Médecins du monde, Brunel V., Tomasino A., Nguengang – Wakap S., (Coord.), Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Rapport 2021

Ministère des solidarités et de la santé, Etude PULI : consultations liées aux punaises de lit en médecine générale, réseau Sentinelles, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP, UMR-S1136 Inserm Sorbonne Université),. <https://www.sentiweb.fr/document/5008>

OFII, Rapport d'activité 2017, Paris : OFII, juin 2018. http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_ raa_2017.pdf,

Santé Publique France, Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(36-37):662-70. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/pdf/2015_36-37_2.pdf

- **Articles spécialisés**

Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. BEH 2008; 43: 418-20.

Ashcroft, Rachele, Yukari Seko, Lai Fong Chan, Jessica Dere, Jaemin Kim, et Kwame McKenzie. 2015. « The mental health impact of bed bug infestations: a scoping review ». International journal of public health 60 : 827-37.

Cha, O. La santé des sans-abri, Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, no 2, 277-291, séance du 5 février 2013

Delcroix, Catherine, Elise Pape, et Anja Bartel. « Strasbourg : une politique municipale volontariste d'aide aux migrants. Le cas des « ménages à droits incomplets » », *Migrations Société*, vol. 185, no. 3, 2021, pp. 81-98.

Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, McKyer ELJ, et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. Int J Soc Psychiatry. 2020;66(6):528-41.

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 Ile-de-France : l'enquête Samenta de 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(36-37):693-7

Pfister, V., Guiboux, L. & Naitali, J. (2014). Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. *Informations sociales*, 182, 100-107.

- **Ressources**

FNARS, La maladie cet obstacle à l'insertion, Le magazine de la FNARS n°6 – Hiver 2014.

L'Obs, Champagne A., L'injection retard à la rue : du soin aux enjeux sécuritaires, janvier 2017

- **Données statistiques**

CNAMTS-MSA, RSI, issus des travaux OLS EmS, exploitation ORS Grand Est

Dreets, enquête AHI décembre 2020, données provisoires ; Insee, recensement de la population 2018, Filosofi 2018

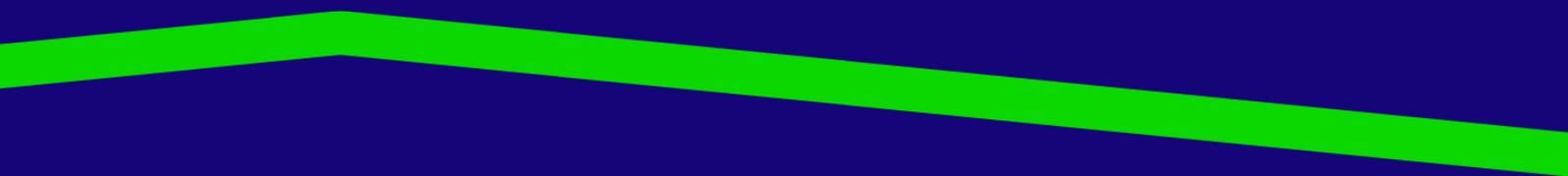
Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2023.



Maison des Associations
1a, Place des Orphelins
67 000 STRASBOURG

Sur notre site internet siao67.fr, vous pourrez :

- Consulter nos **rapports d'activités et guides pratiques**
- Vous inscrire à une de nos **sessions de formations SI-SIAO**
- Vous inscrire à notre **newsletter**

A thick, bright green line that starts from the left edge, rises to a peak, and then descends towards the right edge, creating a stylized wave or mountain-like shape.

Rédaction : Michaël JOUVRAY
Direction : Eric DEMONSANT
Photo : Emmanuel VERONESE