

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2

ORSPERE-SAMDARRA

Diplôme universitaire « Logement d'abord »

**Le dispositif LHSS : un modèle adapté au contexte
genevois**

Mémoire final de recherche

présenté par

Valérie SPAGNA

Sous la direction de

Gabriel URIBELARREA

8 septembre 2023

Table des matières

1. Introduction	1
2. Problématique	2
2.1. Le contexte genevois.....	2
2.2. Le sans-abrisme et l'hébergement d'urgence à Genève	3
2.3. L'offre d'hébergement d'urgence de l'Armée du Salut à Genève	6
2.4. Repenser la prise en charge sous le prisme du Logement d'abord.....	8
3. Le dispositif « Lits halte soins santé »	12
3.1. Contexte institutionnel	12
3.2. Missions, finalités et organisation générales	14
3.3. Paradoxe, enjeu et défi contemporains	16
4. L'immersion à GAIA (Annecy)	19
4.1. Présentation de l'institution.....	19
4.2. L'intérêt de l'immersion.....	21
4.3. Déroulement.....	22
4.3.1. <i>Observations</i>	22
4.3.2. <i>Synthèse</i>	27
5. Projet-pilote genevois et perspectives	28
6. Conclusion	32
Références	33
Annexe 1 : Offre d'hébergement d'urgence à Genève (2023)	35
Annexe 2 : Dossier de pré-admission aux LHSS du Passage (projet-pilote)	36

1. Introduction

Ce mémoire de recherche vient clore les huit mois de formation dispensée dans le cadre du Diplôme universitaire (DU) « Logement d'abord » proposé conjointement par ORSPERE-SAMDARRA et l'Université Lumière Lyon 2. Non seulement en tant que directrice du Passage, structure genevoise d'hébergement d'urgence créée en 2021 par l'Armée du Salut, mais déjà en tant que professionnelle du travail social investie de longue date dans la réflexion sur les enjeux du sans-abrisme pour les politiques sociales et la société en général, j'ai souhaité accomplir cette formation pour, d'une part, mieux comprendre la nouvelle politique publique dite du « logement d'abord » mise en œuvre en France depuis 2018 et, d'autre part, y trouver des pistes d'action susceptibles d'inspirer l'activité de la structure que je dirige.

Genève étant entourée par la France et beaucoup de personnes sans-abri effectuant des allers-retours de part et d'autre de la frontière, il m'a en effet paru judicieux – pour ne pas dire essentiel – d'acquérir une connaissance plus approfondie des expériences, des mesures et des dispositifs existant en France en matière de sans-abrisme, et de découvrir les différents modèles de prise en charge des personnes sans abri en France, afin de me permettre de faire des parallèles avec ma pratique à Genève.

Dans cette perspective et grâce à la formation du DU Logement d'abord, j'ai eu l'opportunité de découvrir le dispositif des « lits halte soins santé » (LHSS) déployé depuis 2006 sur le territoire français et d'en rencontrer des acteurs et actrices, notamment dans le cadre d'une immersion menée dans la structure LHSS d'Annecy, gérée par le Groupement d'associations d'insertion annécien (GAIA), association créée en 2009 dont l'objet social est l'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de fragilité et de précarité et dont l'action s'étend jusqu'à l'agglomération d'Annemasse, immédiatement voisine de celle de Genève.

Formation et immersion m'ont convaincue qu'une structure comme le Passage, bien que sur territoire suisse et relevant du cadre législatif et réglementaire spécifique à la Confédération helvétique et à son organisation fédérale, peut trouver dans les LHSS un modèle à même de répondre à ses missions et à ses enjeux par rapport à la situation des personnes qui y sont accueillies et accompagnées.

Dès lors, ce mémoire vise à démontrer l'intérêt d'implémenter, dans le contexte du Passage – hébergement d'urgence de l'Armée du Salut et des politiques sociales de la ville et du canton de Genève, une déclinaison du dispositif LHSS qui pourrait inspirer d'autres structures équivalentes en Suisse.

Dans un premier temps, je présenterai la problématique genevoise qui justifie l'implémentation d'un tel dispositif dans le contexte du sans-abrisme à Genève. Dans un deuxième temps, je détaillerai le dispositif LHSS tel qu'il est déployé en France. Dans un troisième temps, je rapporterai l'expérience vécue en immersion aux LHSS de GAIA, avant d'exposer le projet-pilote expérimenté au Passage.

2. Problématique

2.1. Le contexte genevois

Genève, en tant que l'une des principales villes de Suisse, fait face à des défis importants en matière de sans-abrisme et de précarité. Malgré son statut de ville prospère et cosmopolite, une partie de sa population se trouve dans des situations d'extrême vulnérabilité.

L'étude menée par Bonvin, Waltz et Vogel en 2021 sur mandat de la Ville de Genève pour dresser l'état des besoins en matière d'hébergement d'urgence estimait à 730 le nombre de personnes en situation de sans-abrisme à Genève, dont seuls 13% possédaient un statut de résidence.

Il convient ici de souligner avec les auteurs de l'étude que la Suisse « ne dispose d'aucune statistique ou données officielles, que ce cela soit à un niveau fédéral ou cantonal concernant le phénomène du sans-abrisme et se montre très lacunaire pour la mesure de la précarité » (Bonvin et al., 2021, p.35), traduisant le fait que sans-abrisme et précarité sont l'objet d'un faible niveau d'intérêt politique en Suisse. Une étude réalisée en 2022 par la Haute école de travail social du Nord-Ouest de la Suisse a cependant permis d'estimer à plus de 20'000 le nombre de personnes en situation de sans-abrisme ou de précarité locative (Armée du Salut, s.d.). Aussi, l'initiative de la Ville de Genève visant à évaluer précisément ces phénomènes apparaît pionnière dans la volonté de réformer la politique publique en la matière.

Il est vrai que, comme dans de nombreuses autres grandes villes, le sans-abrisme et la précarité à Genève constituent des problèmes sociaux préoccupants autant que des défis pour les réponses politiques et sociales qui leur sont apportées. Ces situations sont souvent le résultat de divers facteurs tels que la perte d'emploi, les difficultés financières, les problèmes de santé mentale, les ruptures familiales, la pénurie et la crise du logement ou encore les migrations (Bonvin et al., 2021). Spécificité genevoise : la faible représentation des personnes sans-abri ayant un statut de résidence traduit le fait que la proportion de personnes en situation de migration est plus importante qu'ailleurs : une forte majorité (entre 68 et 86%) de ces personnes sont sans papier (Bonvin et al., 2021) et donc sans droit sur le territoire. Les nationalités représentées étaient, par ordre décroissant, roumaine, algérienne, française, marocaine, espagnole et suisse.

Dans ce contexte, les autorités locales et les organisations caritatives mettent en place des mesures pour offrir un hébergement d'urgence et un soutien aux personnes en situation de vulnérabilité. L'hébergement d'urgence est une composante essentielle de cette approche, offrant un refuge temporaire et des services de base aux personnes dans le besoin.

2.2. Le sans-abrisme et l'hébergement d'urgence à Genève

Le sans-abrisme est un problème social complexe qui désigne la situation des personnes n'ayant pas de logement fixe et vivant dans des conditions précaires, souvent dans la rue. Ces personnes peuvent être confrontées à de nombreux défis, tels que la recherche d'un abri, l'accès à la nourriture, aux soins de santé et à d'autres services essentiels. Le sans-abrisme peut toucher des individus de tous âges, des familles entières, et il est crucial de mettre en place des mesures pour les aider à sortir de cette situation difficile. Le sans-abrisme est à considérer comme un processus évolutif ou un flux ayant un début, une fin et pouvant se répéter plutôt que comme un état permanent (Bonvin et al., 2021). Si le phénomène à Genève est marqué par la forte prévalence de personnes issues de la migration, il faut aussi relever que plus des deux-tiers des personnes sans abri à Genève sont de genre masculin et que l'âge moyen de ces personnes est de près de 40 ans.

Si l'étude de Bonvin et al. (2021) a permis d'estimer le nombre de personnes sans abri à Genève, il est important de rappeler que, le phénomène étant fluctuant, difficilement

quantifiable du fait qu'il reste impossible de savoir combien de personnes dorment effectivement dehors, et résultant de multiples facteurs, le contingent estimé de 730 personnes n'est pas figé. De plus, cette estimation est la « photographie » de la situation à un instant donné, avec une grande part de flou puisque le nombre de personnes qui étaient estimées sans solution d'hébergement (185) résultait d'une extrapolation. La réalité, le jour où le recensement a été effectué comme pour tous les autres jours, est de toute évidence difficile à appréhender et le nombre de personnes réellement en situation de sans-abrisme ou de mal-logement à Genève est certainement supérieur à l'estimation de Bonvin et al. (2021).

Cette dernière permet cependant aux pouvoirs publics d'évaluer le niveau de couverture qu'ils souhaitent mettre en place pour offrir un hébergement aux personnes concernées. Lorsque l'étude de Bonvin et al. (2021) a été réalisée, celle-ci recensait entre 486 et 545 places d'hébergement d'urgence occupées à Genève, respectivement le 2 et le 16 mars 2021. À cette époque, le Passage n'existait pas encore – il ouvrira le 1^{er} novembre de la même année –, l'Armée du Salut proposant alors l'Accueil de nuit.

Malgré la récente acquisition de l'hôtel La Cour des Augustins, dans le quartier de Plainpalais, par la fondation Hans-Wilsdorf au profit du CausE pour y pérenniser une soixantaine de places d'hébergement d'urgence, la capacité au niveau cantonal n'évoluera pas puisque les personnes prises en charge par le CausE seront simplement transférées depuis des lieux jusque-là temporaires (Sazpinar, 2023).

À ce jour, nous avons 515 places d'hébergements d'urgence pour des hommes, des femmes et des familles. Ces 515 places sont réparties entre plusieurs partenaires dont l'Armée du Salut (voir Annexe 1). Ces places ont quasiment toutes des critères d'accès différents et des durées d'occupation limitées dans le temps.

Les besoins identifiés par plusieurs partenaires dont la la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) – équivalente de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) en France, par laquelle les personnes sans abri dépourvues d'assurance-maladie ont accès aux soins –, sont le manque de places accessibles pour des personnes sans abri atteintes dans leur santé mentale ou nécessitant des soins para- ou post-hospitaliers ou pour des maladies chroniques ou tout simplement pour des personnes sans abri vieillissantes nécessitant un lieu de vie – et de fin de vie – durable.

Bien que les solutions d'hébergement d'urgence proposées par la Ville de Genève et par les associations aient pu apparaître en mars 2021 comme couvrant trois-quarts des besoins, il s'agit en réalité d'une situation en trompe-l'œil, sachant la difficulté de quantifier précisément les personnes n'y ayant pas eu recours, et sachant surtout que cette offre est avant tout fondée sur une réponse conjoncturelle à l'urgence.

Il n'en reste pas moins que l'hébergement d'urgence est une mesure cruciale pour répondre aux besoins immédiats des personnes sans abri. Il s'agit de mettre à disposition des abris temporaires, idéalement sous forme de chambre individuelle ou double, où ces personnes peuvent trouver un toit, de la nourriture, des vêtements et un soutien de base. Les centres d'hébergement d'urgence jouent un rôle essentiel en offrant un refuge sûr, en aidant les personnes à sortir de la rue et en les orientant vers des programmes de réinsertion sociale et de logement stable. Ils sont accessibles pour certains via leur propre ligne téléphonique et d'autres via la Hotline Solidarité Hébergement d'urgence (Ville de Genève) au +41800 22 22 10 (appel gratuit) du lundi au vendredi de 8h45 à 12h et de 12h30 à 17h.

Face à la situation et aux défis qu'elle représente non seulement en termes de coût social et humain mais aussi en termes de coût pour les finances publiques, le législateur cantonal a adopté la Loi sur l'aide aux personnes sans abri (LAPSA) du 3 septembre 2021 qui vise à garantir à toute personne sans abri la couverture de ses besoins vitaux.

L'art.3 al.1 de la LAPSA prévoit que les communes du canton de Genève sont exclusivement compétentes pour délivrer, d'une part, les prestations d'hébergement collectif d'urgence, incluant l'alimentation et les soins élémentaires, et, d'autre part, l'appui social ponctuel de premier recours et la primo-orientation sociale. Pour sa part, le canton est compétent pour les prestations de suivi sanitaire (soins infirmiers, consultations ambulatoires mobiles de soins communautaires) et d'accompagnement social, notamment par l'intermédiaire de l'Hospice général (HG).

Canton et communes constituent une plateforme de coordination chargée de l'identification des besoins, de la prospection de sites existants ou à construire, de la planification et du suivi stratégique ainsi que de l'évaluation des dispositifs mis en place (art.6 LAPSA). La LAPSA stipule que le financement de l'hébergement d'urgence incombe aux quarante-cinq communes – Ville de Genève incluse – qui déterminent ensemble la clef de répartition et le montant annuel alloué à cette cause.

L'ambition de garantir à toute personne sans abri la couverture de ses besoins vitaux implique que les autorités locales sont désormais légalement dans l'obligation de fournir un hébergement d'urgence, des services sociaux et des solutions de réinsertion pour les personnes en situation de sans-abrisme. La LAPSA, qui a permis la mobilisation déjà significative de moyens (environ 19 millions de francs suisses) pour lutter contre le sans-abrisme, est donc un outil essentiel pour garantir la dignité et les droits fondamentaux des personnes sans abri, quel que soit leur statut, à Genève.

2.3. L'offre d'hébergement d'urgence de l'Armée du Salut à Genève

L'Armée du Salut est un mouvement international dont la mission consiste à soulager, sans distinction, les détresses humaines. Elle déploie son activité dans l'aide au développement et l'action sociale.

À Genève depuis 1898, l'Armée du Salut est pionnière en matière d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de grande précarité sur le canton. En constante collaboration avec les différents partenaires du réseau socio-sanitaire et en concertation avec le canton et les communes, l'Armée du Salut a, au fil des décennies, construit des bâtiments et ouvert des institutions sociales répondant aux besoins de ces personnes.

Depuis plusieurs années, nous avons aussi développé un certain nombre de projets innovants qui sont aujourd'hui implantés à Genève. En 2014, l'Accueil de Nuit de l'Armée du Salut a ainsi été sollicité par la Ville de Genève pour ouvrir le premier hébergement d'urgence pour les familles sans abri, dispositif déployé avec succès durant cinq ans. En janvier 2019, nous avons réussi, après plusieurs années de plaidoyer politique et avec le soutien d'autres associations, à pérenniser cet accueil, aujourd'hui géré par l'Association Païdos.

En avril 2018, pour pallier la fermeture hivernale des abris de protection civile de la Ville de Genève, nous avons ouvert une Halte de Nuit au Temple des Pâquis en collaboration avec l'Église protestante de Genève. Plusieurs centaines de personnes sans abri y avaient trouvé refuge pour la nuit. Ce projet-pilote, financé par l'Armée du Salut, a donné naissance aux Sleepin et au lieu de répit humanitaire, désormais gérés par le CausE.

En mars 2020 et à la suite de la crise du Covid-19, nous avons transformé l'Hôtel Bel'Espérance, initialement à vocation commerciale, en hébergement d'urgence pour les femmes sans abri et les mineur·e·s non-accompagné·e·s – notamment d'Ukraine à la suite du déclenchement de la guerre en février 2022.

Le 1^{er} novembre 2021, après dix ans de travail sans relâche, nous avons pu ouvrir, dans le quartier de Sécheron et à proximité immédiate de la gare de Cornavin, le Passage, nouvel hébergement d'urgence ouvert 24h/24 365 jours par an. Celui-ci peut accueillir 44 adultes (hommes) et 18 mineurs non-accompagnés, soit une capacité totale de 62 places, entièrement accessible aux personnes à mobilité réduite. Il offre, dans une ambiance et un cadre lumineux et accueillant, à toute personne en situation d'urgence et sans lieu où passer la nuit, la possibilité de se restaurer, de se laver (18 douches disponibles) et de se reposer.

Les hébergements au Passage, l'un des pôles structurants du réseau genevois d'hébergement d'urgence, sont prévus pour une durée allant jusqu'à 30 jours pour les adultes – durée pouvant être supérieure pour les mineurs en fonction des situations et des besoins – durant lesquels une offre de soutien est déployée pour améliorer durablement les conditions de vie des personnes accueillies. L'offre socio-sanitaire et la volonté permanente que les personnes accueillies se sentent à l'aise dans ce lieu expriment l'attachement que nous avons à ce que ces personnes puissent y trouver une forme de « chez soi » social et retrouver l'estime d'elles-mêmes. Nous souhaitons donc que les gens se sentent en confiance, qu'ils puissent se reposer et trouver, s'ils le souhaitent, une écoute ou une réponse qui soit spécifique à leurs besoins.

Mandatés par le Service de la protection des mineurs depuis bientôt quatre ans, nous poursuivons également l'hébergement d'urgence des mineur·e·s non-accompagné·e·s. À Genève, l'Armée du Salut est le seul acteur à proposer un hébergement d'urgence pour cette population vulnérable, en grande souffrance physique et psychique.

Étant donné notre connaissance du terrain et notre expertise en matière de prise en charge des différents publics sans abri à Genève, nous pouvons en identifier rapidement les besoins et les manques. Nous définissons dès lors les priorités en matière de développement de projet afin d'être toujours plus efficaces, forts également de l'expérience des modèles de plusieurs pays européens dont nous nous inspirons en les adaptant aux réalités genevoises.

Le constat que nous faisons par rapport aux personnes accueillies au Passage est l'augmentation des situations de grande vulnérabilité, la dégradation de leur santé physique et psychique, notamment en lien avec le phénomène du vieillissement démographique, phénomène encore accru par la précocité du vieillissement et de la mortalité subie par les personnes sans abri. L'espérance de vie de ces dernières serait en moyenne d'environ 45 ans (Hirsch, 2007 ; Girard et al., 2010). En termes de morbidité, cette partie de la population est beaucoup plus exposée aux pathologies aiguës et chroniques, indépendamment de l'âge des personnes concernées. La prévalence de maladies respiratoires, de la peau, du système digestif, du système cardiovasculaire et du système musculosquelettique, ainsi que celle de troubles mentaux, est ainsi nettement supérieure à celle observée dans la population générale ; ces pathologies résultent d'une surexposition aux infections, à la violence physique et sexuelle, aux conduites et consommations addictives en lien avec des substances psychoactives, à une santé dentaire dégradée et à une vulnérabilité nutritionnelle (Trabert, 1999 ; De la Rochère, 2003 ; Girard et al., 2010).

La réalité pour beaucoup de personnes qui sont hébergées temporairement chez nous est qu'elles vont retourner à la rue à l'issue de leur séjour car elles n'ont pas d'autre solution d'hébergement. Nous travaillons activement avec le réseau socio-sanitaire genevois pour trouver des solutions pour les personnes accueillies. Mais il manque toujours des places d'hébergement d'urgence, des places de logement de plus longue durée ainsi que des logements sociaux pour les nombreuses personnes sans abri à Genève.

Bien que le Passage n'ait pas pour mission l'accompagnement sur le long terme des personnes accueillies, il doit pouvoir contribuer par son action à éviter le maintien durable, pour ne pas dire systémique, des personnes sans abri dans l'extrême précarité et le retour cyclique à la rue, ainsi que les aider à construire et reconstruire leur vie. C'est pourquoi il est essentiel de repenser notre prise en charge.

2.4. Repenser la prise en charge sous le prisme du Logement d'abord

C'est ici que la stratégie du « logement d'abord » déployée en France ces dernières années nous intéresse particulièrement. Cette stratégie, qui s'inspire directement du *housing first* théorisé et expérimenté aux États-Unis à la fin des années 1990 en lieu

et place du *treatment first* (« traitement d'abord ») jusque-là prévu pour les personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques, prend le contrepied de l'approche « en escalier » qui avait cours depuis les années 1960 et 1970 et qui consistait à engager le ou la bénéficiaire dans un processus de réapprentissage progressif de sa « capacité à habiter » ; ainsi, après la rue, la personne devait successivement passer par les « paliers » de l'hébergement d'urgence, de l'hébergement avec projet de réinsertion sociale, de la résidence sociale et de la sous-location avant de pouvoir prétendre à un logement autonome (Mathieu, 2022). Dans cette logique, le logement est donc le but ultime à atteindre pour des bénéficiaires dont on attend qu'ils se conforment à différentes injonctions et différents objectifs à atteindre, au risque à tout moment d'être enlisé·e·s dans l'un des paliers, d'aller et venir de l'un à l'autre ou d'en sortir, perpétuant le cercle vicieux de la précarité, du mal-logement et du sans-abrisme.

La stratégie du logement d'abord répond à une logique diamétralement opposée : le logement n'est plus le but à atteindre mais la base, le préalable à tout projet d'accompagnement social et/ou sanitaire. Sylvain Mathieu (2022) souligne ainsi que le logement d'abord vise fondamentalement « à orienter le plus rapidement possible les sans-abri vers le logement avec un accompagnement ajusté à leurs besoins » (p.71). Ce paradigme postule qu'il est plus efficace et efficient, dès lors que le logement est la base inconditionnelle à tout projet de vie, d'aller vers la personne et de s'adapter à sa situation pour lui permettre de reprendre pied, place et autonomie dans la société. Comme le résume Mathieu (2022), « il s'agit de passer d'une réponse construite dans l'urgence s'appuyant majoritairement sur des places d'hébergement avec des parcours souvent longs et coûteux, à un accès direct au logement avec un accompagnement social adapté aux besoins des personnes » (p.73).

La déclinaison française du *Housing first* a initialement consisté en une expérimentation dénommée « Un chez soi d'abord » conduite sur quatre territoires (Paris, Marseille, Toulouse, Lille) et qui s'est accompagnée d'une recherche rigoureuse en termes de monitoring, de prise en compte de l'ensemble des acteurs et d'évaluation. Il s'agit à ce jour de la « plus grande recherche faite en Europe » sur le logement d'abord (Mathieu, 2022, p.73), portant sur 700 personnes très éloignées du logement, souffrant de pathologies mentales et d'addiction, réparties aléatoirement en deux groupes, le premier étant engagé dans le dispositif « Un chez soi d'abord » au

contraire du second. Au bout de quatre ans, les résultats se sont avérés spectaculaires :

« 85 % des personnes du programme Un chez-soi d'abord sont restées dans leur logement (privé comme social) ; leur situation a pu être améliorée dans des proportions supérieures à celle des populations similaires ne passant pas par le programme ; tout cela a coûté infiniment moins cher malgré les moyens renforcés mis en œuvre pour les accompagner » (Mathieu, 2022, p.73).

Ces résultats, marqués par « la force du relogement dans le parcours des personnes », « l'importance de s'appuyer sur leurs compétences » (Mathieu, 2022, p.73) et la nécessité d'un accompagnement adapté ont motivé la généralisation à l'échelle nationale de la stratégie du logement d'abord à travers le plan quinquennal (2018-2022) du même nom, lancé le 14 septembre 2017 par le président français, Emmanuel Macron, à Toulouse. De fait, la politique publique française en matière d'hébergement, de logement et d'insertion des personnes sans abri est marquée, à travers la stratégie Logement d'abord, par « une volonté de transformation de l'ensemble du système d'hébergement pour davantage de performance sociale et dans une dynamique innovante d'investissement social » (Mathieu, 2022, p.73), dans un contexte où les problématiques de l'urgence sociale restent aiguës (Uribelarrea, 2020). D'ampleur nationale, le programme a été doté d'un « mode de pilotage intégré assuré par la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), son évaluation en continu avec des objectifs chiffrés, sa territorialisation et des modalités d'action profondément coopératives » (Mathieu, 2022, p.73). Comme lors de l'expérimentation, les résultats se montrent éloquentes :

« plus de 330 000 personnes sans abri ou hébergées ont été relogées de janvier 2018 à décembre 2021 ; une augmentation de près de 70 % de la part des logements sociaux qui leur sont attribués ; près de 40 000 places d'intermédiation locative créées entre 2017 et 2021 ; un maintien de la dynamique de création dans le parc social très abordable dans un contexte de légère régression de la construction sociale » (Mathieu, 2022, p.75).

Chose relativement peu fréquente en France, la Cour des comptes a loué la pertinence de cette « politique originale qui permet de faire mieux à moindre coût », « exemple de politique publique dont l'efficacité et l'efficience pour assurer l'accès au logement des personnes sans domicile, y compris pour ceux qui sont en souffrance sociale, ont

été plus d'une fois éprouvées » (cité dans Mathieu, 2022, p.74). Certes, de tels résultats sont nuancés par le fait que le sans-abrisme se maintient à un niveau problématique, ce qui ne permet pas de voir clairement le nombre de sorties du cycle de la rue et de l'hébergement d'urgence ; autrement dit, « les flux des entrants dans l'hébergement et/ou à la rue sont au moins égaux aux flux de celles et ceux qui en sortent » (Mathieu, 2022, p.75).

Sylvain Mathieu identifie trois causes à ce phénomène : l'accroissement de la précarisation d'une partie de la population tombant sous le seuil de pauvreté ; le haut niveau d'occupation des places d'hébergement vers lesquelles sont orientées des « personnes invisibles » situées dans des « poches de pauvreté » ; les flux migratoires qui accroissent le nombre de personnes « sans droit au séjour stable et en situation précaire nécessitant leur mise à l'abri » (Mathieu, 2022, p.75). Ces trois facteurs tendent donc à « masquer » les flux des personnes sortant de la rue et de l'hébergement.

Il n'en reste pas moins que la stratégie du logement d'abord, « exemple typique d'*evidence based policy* (politique fondée sur des preuves) » (Mathieu, 2022, p.75), est désormais la ligne directrice de l'action publique française vis-à-vis du sans-abrisme, du mal-logement et de la vulnérabilité sociale : le logement d'abord « constitue une réponse systémique à la question du sans-abrisme mais réduite au champ social où il se déploie, tout en étant fortement connecté à son environnement » (Mathieu, 2022, p.75). La France est l'un des rares pays en Europe à avoir mis sur pied et pérennisé une telle politique. Indéniablement, cette expérience et les résultats qui en découlent ne manquent pas d'interroger les politiques menées en Suisse, tributaires de l'organisation fédérale du pays, qui tendent globalement à maintenir la logique du traitement d'abord et de la démarche « en escalier ». Les initiatives prises à Genève, notamment avec l'adoption de la LAPSA, montrent cependant qu'un changement de paradigme se fait jour.

À l'échelle genevoise, l'Armée du Salut est dans son rôle pour promouvoir la stratégie du logement d'abord et mettre en place des dispositifs permettant de l'incarner, au plus près de la réalité et des besoins des personnes sans abri à Genève : vieillissement, santé mentale et physique, besoin de places pour des personnes ayant besoin de soins post-hospitaliers, arrêter de naviguer entre les hébergements d'urgence, pouvoir se poser plus que 30 nuits. C'est dans cette logique que, dans le cadre de

l'hébergement d'urgence Le Passage, un dispositif du type LHSS serait à même de répondre aux nombreux besoins non satisfaits que nous rencontrons dans les situations des personnes que nous accueillons et accompagnons quotidiennement toute l'année.

3. Le dispositif « Lits halte soins santé »

3.1. Contexte institutionnel

La France prévoit de nombreux dispositifs d'hébergement et de logement adapté, qui font l'objet d'un guide permettant de les recenser, de se « repérer dans les objectifs, les missions, les statuts, le mode de gestion et les financements » propres à chaque dispositif, et de s'y orienter (CEREMA, 2022). En matière d'hébergement, les dispositifs comprennent les nuitées d'hôtel, les résidences hôtelières à vocation sociale (RVHS), les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les logements temporaires financés par l'allocation logement temporaire (ALT), les établissements d'accueil mère enfant, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) en hébergement, les lits d'accueil médicalisé (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS).

Le dispositif des LHSS, institutionnalisé sous ce sigle en 2006, est aussi connu sous les vocables de « lits infirmiers », « lits de repos » ou « lits Emmanuelli » qui en sont à l'origine (Uribelarrea, 2020). En effet, le médecin et homme politique Xavier Emmanuelli a créé en 1993, parallèlement aux équipes mobiles d'aide du Samu Social de Paris, le Centre d'hébergement d'urgence et de soins infirmiers dont les LHSS représentent la pérennisation institutionnelle à l'échelle nationale, officialisée par une circulaire.

Les LHSS s'inscrivent dans le cadre des hébergements médicalisés explicitement dédiés à l'accès aux soins pour les personnes sans abri, accessibles sur des critères médicaux, offrant « une large palette de soins via une équipe professionnelle médicale et paramédicale » et attribuant « des places pour des périodes plus ou moins longues » (Uribelarrea, 2020, p.24). Les séjours en LHSS devaient initialement s'étendre sur deux mois renouvelables.

Dès 2009 et au cours des années 2010, les LHSS seront complétés par les LAM – ce qui fait dire à Gabriel Uribelarrea (2020) que « chaque décennie voit apparaître un nouveau dispositif d'hébergement d'urgence réservé aux sans-abri malades », (p.293).

L'évaluation des LHSS, menée en continu par la Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) du Ministère des Affaires sociales et de la Santé – de leur ouverture jusqu'en 2008 – dans le but de mieux connaître les publics accueillis et vérifier si les LHSS répondaient bien aux besoins, avait en effet fait apparaître trois écueils problématiques : la faible orientation vers l'hébergement, la prévalence de pathologies de longue durée et le contingent de personnes âgées pouvant prétendre à une place en maison de retraite ne pouvant y avoir accès.

L'Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité fait état, dans le préambule du Cahier des charges des lits pérennes soins santé expérimentaux dénommés « Lits accueil médicalisés expérimentaux » (LAM) qui lui est joint en annexe, que :

« 35 à 40 % des lits sont occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques au pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués...) qu'aucune structure ne prend en charge parce que trop jeune et/ou trop désocialisée pour les MAS [maisons d'accueil spécialisé], les FAM [foyers d'accueil médicalisés], EHPAD [établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], CSSR [centres de soins de suite et de réadaptation]. Or les LHSS ne sont ni prévus, ni équipés, ni financés pour prendre en charge un tel public : en principe, la durée prévisionnelle de séjour est de deux mois pour des pathologies ponctuelles en relais à une hospitalisation ».

Sur le plan des soins et de la santé, les LHSS sont « des lieux de soins mais que tous les soins n'y sont pas menés » (Uribelarrea, 2020, p.295), notamment par rapport à des pathologies chroniques pures (diabète, insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique, vieillissement), des problèmes d'addiction et de psychiatrie strictes (par exemple : sevrage d'alcool), ou encore la lourdeur de certaines prises en charge (soins techniques lourds). Comme l'exprimaient Girard, Estecahandy et Chauvin dans leur rapport remis en 2009 à la ministre de la Santé d'alors – Roselyne Bachelot –, intitulé *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen* :

« Les LHSS qui devaient être des outils pour des soins courts et la prise en charge de pathologies aiguës ont rapidement été confrontés à des personnes avec des polyopathologies chroniques, des handicaps, [qui] ne trouvent pas de structure d'aval adaptée ou acceptant les patients sans chez soi. Ainsi les lits assurent une fonction de MAS ou d'EHPAD et ne répondent plus aux soins aigus. Les LHSS font sortir du circuit de l'urgence les personnes sans chez soi ayant des pathologies chroniques mais ils n'ont pas vocation à les garder sur le long cours. Ce ne sont pas des lieux à vivre, les personnes ont un statut d'accueillies, ce qui se révèle complexe pour les séjours longs » (Girard, Estecahandy & Chauvin, 2009, p.143).

Ce sont donc l'allongement des temps de séjour observé et l'inadaptation des LHSS aux besoins d'une partie du public initialement accueilli qui ont en particulier motivé la création des LAM, dans lesquels la durée de séjour n'est pas limitée et où un accompagnement social vers un éventuel projet de sortie est maintenu (Uribelarrea, 2020). Dès lors, « les LHSS sont censés se focaliser sur des pathologies aiguës, les LAM sur les pathologies chroniques » (Uribelarrea, 2020, p.376).

3.2. Missions, finalités et organisation générales

Le décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM) stipule que les LHSS sont destinés à accueillir :

« des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, 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 ».

Le même décret établit que la finalité du dispositif est de « proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ». L'une des spécificités des LHSS est que, contrairement aux autres structures d'hébergement d'urgence et d'insertion, les demandes d'admission peuvent directement être gérées par l'institution, où elles sont examinées et évaluées par les professionnel-le-s de santé (médecin, cadre de santé), plutôt que par le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) chargé de la veille et de l'orientation sociale (Uribelarrea, 2020).

La fiche du Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté consacrée aux LHSS (CEREMA, s.d. ; voir Tableau 1) énonce que leur mission est de permettre « aux personnes accueillies d'être hébergées en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et selon les besoins d'un accompagnement social ».

Les LHSS sont destinés aux « personnes sans domicile, obligatoirement majeures, quelle que soit leur situation administrative, présentant des problèmes de santé bénins dont l'absence de domicile génère, soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de leur état de santé ». La durée du séjour, validée par un-e médecin, ne doit pas excéder deux mois mais, indique la fiche, cette durée de séjour « reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie ».

Il est stipulé que les LHSS, ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par an, « doivent être mixtes et accueillir tous types de public. Sur un même site, le nombre de lits ne doit pas excéder 30 unités (50 sur dérogation de l'ARS [Agence régionale de santé]) ». Ils peuvent être regroupés « en un lieu spécifique unique ou installés dans différents sites », constituer une structure autonome ou dépendre d'une structure préexistante (par exemple, CHR) ; dans ce dernier cas, les conditions d'accueil de ladite structure s'appliquent aux LHSS.

Les structures LHSS, qui disposent d'un budget propre, sont majoritairement portées par des associations ainsi que par des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS), des centres hospitaliers ou encore par le Samu Social à Paris. De plus, il est énoncé que, le cas échéant, « un mode d'accueil du conjoint ou des enfants, voire d'animaux doit être prévu » (CEREMA, s.d.).

Selon le rapport d'évaluation des LHSS établi en 2013 par Picon et al. à la demande de la DGCS, les LHSS sont majoritairement des petites structures en termes de nombre de places – « près de 35 % ont moins de 5 lits ou entre 5 et 9 lits. La médiane correspond à 6 lits » – ; en 2013, seuls 12,4% des LHSS possédaient plus de 20 lits (Picon et al., 2013, p.26).

Le même rapport relevait que 25% des sorties des LHSS « se réalisent vers les structures d'hébergement d'urgence et 22% vers la rue. Entre l'hébergement d'urgence et le retour à la rue, 47% des patients retrouvent donc des conditions de vie très précaires à la sortie du LHSS » (Picon et al., 2013, p.56). En d'autres termes, la

majorité des sorties des LHSS, à la fois lieux d'hébergement et lieux de soin pour des personnes sans domicile, ouvre sur des situations précaires (Uribelarrea, 2020, p.305).

Lit halte soins santé (LHSS)

Définition/mission	Les Lits halte soins santé offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Ils permettent aux personnes accueillies d'être hébergées en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et selon les besoins d'un accompagnement social.
Statut et agrément	Établissements et services sociaux et médico-sociaux, au titre du 9° de l'article L.312-1 du CASF, consacré par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
Public accueilli	Personnes sans domicile, obligatoirement majeures, quelle que soit leur situation administrative, présentant des problèmes de santé bénins dont l'absence de domicile génère, soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de leur état de santé.
Durée de séjour	Un médecin valide la durée de séjour. Cette dernière ne doit pas excéder deux mois mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie. Les LHSS sont accessibles aux personnes handicapées.
Forme d'habitat	Lits d'hébergement de soins infirmiers regroupés en un lieu spécifique unique ou installés dans différents sites. Lorsqu'ils sont regroupés sur un site unique, les lits halte soins santé doivent être mixtes et accueillir tous types de public. Sur un même site, le nombre de lits ne doit pas excéder 30 unités (50 sur dérogation de l'ARS). Intégrés dans une structure préexistante (un CHRS par exemple) les conditions d'accueil de ce site s'appliquent aux LHSS. Le cas échéant, un mode d'accueil du conjoint ou des enfants, voire d'animaux doit être prévu.
Mode de fonctionnement (admission/ orientation, gouvernance)	Les LHSS sont ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par an. L'orientation vers des LHSS est propre à chaque territoire (coordination et orientation par les SIAO, en direct). L'admission se fait sur avis du médecin de la structure qui évalue et identifie les besoins sanitaires de la personne accueillie, la pertinence médicale de son admission et exclut donc la nécessité d'une prise en charge hospitalière. L'équipe pluridisciplinaire médico-sociale est composée de médecin généraliste, d'infirmier diplômé d'État, d'aide-soignant, d'assistante sociale; travaillant avec des acteurs du terrain social, de l'urgence sociale et les CHRS. Les structures ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.
Mode de gestion	La structure LHSS est portée par une personne morale publique ou privée (majoritairement des associations, mais aussi des CCAS/CIAS, Centre hospitalier, Samu Social à Paris)
Financement (dont participation financière des personnes accueillies)	La structure dispose d'un budget propre. Fonctionnement: Un forfait jour par place de 112.37 € (en 2016), que le lit soit occupé ou pas, financé par l'Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) spécifique médico-social et éventuellement des cofinancements. Investissement: Programme 135 (crédits FNAP): produit spécifique hébergement pour les nouvelles structures. Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes de logement social (OPH et SA d'HLM), les SEM agréés pour le logement social, les associations agréées pour la maîtrise d'ouvrage d'insertion, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et, à titre exceptionnel, et sous certaines conditions, les collectivités locales ou leurs groupements. Financement par l'Anah des travaux d'amélioration et d'humanisation. Les maîtres d'ouvrage susceptibles d'être subventionnés sont les organismes (notamment les associations) œuvrant dans le domaine de l'hébergement, les organismes de logement social, les SEM et les collectivités locales ou leurs groupements et leurs établissements publics (CCAS, CIAS). A titre exceptionnel et dans certaines conditions, les gestionnaires non propriétaires peuvent bénéficier de la subvention Anah.
Solvabilisation des personnes	Minima sociaux de droit commun (RSA...)
Références législatives et réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> • Art. L. 312-1 (9°), Art. L. 314-3-3, Art. D.312-176-1 à 4 du Code de l'action sociale et des familles, article DR331-96 du CCH (PSH) • Art. L. 174-9-1 du Code de la sécurité sociale • Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006, Art. 50 (création du dispositif) • Décret 2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé ». • Décret n°2006-642 du 31 mai 2006 relatif au financement et à la tarification de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux • Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées " lits halte soins santé " • Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 détaillant les conditions techniques de fonctionnement du dispositif
Nombre de places	Au 31/12/2016, 1346 LHSS ont été financés.
Perspectives et motifs d'évolution	

Tableau 1. Synthèse des caractéristiques des LHSS (source : CEREMA, s.d.).

3.3. Paradoxe, enjeu et défi contemporains

Au cours de son enquête ethnographique sur la relation de soin entre le monde médical et le monde de l'assistance et le « souci des patients sans abri », Gabriel Uribelarrea (2020) a observé qu'une structure d'hébergement LHSS pouvait être pensée par une professionnelle de santé comme un *domicile* pour les personnes en

étant dépourvues – c'est-à-dire vivant dans l'espace public –, « au sens où des soins peuvent s'accomplir avec, par exemple, des passages d'infirmiers libéraux ou d'AVS » (p.269). En ce sens, le terme « domicile » n'est pas à entendre administrativement mais en tant que la structure offre des services d'aides et de soins prévus pour être dispensés au domicile du ou de la patient-e mais qui sont dispensés dans ce cadre car ils sont « inaccessibles à une personne vivant dans l'espace public » (p.269).

Gabriel Uribelarrea voit dans cette notion de domicile un paradoxe : d'un côté, la structure d'hébergement offre aux personnes sans abri un cadre de soins s'apparentant à un « domicile » ; or, de l'autre, le séjour dans ce « domicile » est intrinsèquement précaire et fragile dans la mesure où il est fatalement temporaire. Ce paradoxe autour de la notion de domicile appliquée aux LHSS amène le chercheur à soulever la question du « droit à habiter » (p.269) dans les termes employés par É. Gardella (2016) :

« En prolongeant cette nouvelle orientation normative du secteur, cependant encore minoritaire, et en prenant acte de situations concrètes de personnes restant hébergées pendant des années voire des décennies, il est possible d'esquisser un nouveau droit inconditionnel à habiter. En effet, les leçons tirées des effets non voulus et négatifs du fonctionnement en turnover de l'urgence sociale conduisent à légitimer l'idée selon laquelle une personne démunie peut rester dans un même habitat d'assistance aussi longtemps qu'elle en a besoin. Ce qui signifie qu'elle peut légitimement s'y installer, arranger des objets pour aménager l'espace où elle dort, avoir des comportements réguliers qu'elle peut prévoir tout en ressentant un sentiment d'aisance. Autrement dit, si on prolonge quelque peu ces nouvelles règles, les personnes démunies peuvent légitimement habiter dans les habitats d'assistance » (p.93).

Uribelarrea (2020) relève que, pour les personnes sans abri, « habiter c'est avoir des devoirs mais c'est aussi avoir des droits et pouvoir prétendre à *certaines choses*, en l'occurrence à certains services en ce qui concerne l'accès aux soins » (pp.269-270). Le séjour en LHSS porte précisément cet enjeu dans la mesure où la structure offre des soins prévus pour être administrés au domicile d'une personne, c'est-à-dire à l'endroit où celle-ci non seulement réside mais déjà se sent chez elle, à son aise. Bien que le séjour en LHSS soit limité dans le temps et ne puisse autoriser à « habiter » l'institution, ce type de structure peut apporter un cadre et des repères solides pour permettre aux personnes d'élargir leurs « capacités à agir sur les soins » : ainsi, « de

nouveaux possibles s'ouvrent aux "patients" parce qu'ils sont aussi des "habitants" » (Uribelarrea, 2020, p.270).

Dans cette perspective, le terme « habiter » est à entendre non dans une dimension sémantique ou juridique mais bien dans une dimension pragmatique, celle que décrit Breviglieri (2006) : « une manière de s'engager dans le monde et non pas de s'y situer. Une manière personnelle et intime qui fraye des voies usuelles dans le monde, en s'y accommodant par des chemins praticables et en y dessinant des paysages familiers » (p.9). Le prisme de l'expérience des LHSS, dispositif d'hébergement à vocation socio-thérapeutique, est riche de situations et de dynamiques de prises en charge individualisées de personnes sans abri qui témoignent de la manière dont s'articule, au cas par cas, « habiter et (se) soigner » (Uribelarrea, 2020, p.319), y compris et particulièrement pour les personnes en fin de vie (Uribelarrea, 2021).

Gabriel Uribelarrea (2020, 2021) cite l'exemple « extraordinaire » d'un patient âgé à l'état de santé dégradé ne relevant pas des LHSS mais d'un EHPAD, inaccessible pour lui. Les professionnel·le·s de l'institution l'ont par conséquent gardé en lui prodiguant des « "soins de confort" qui sont sans cesse redéfinis » (Uribelarrea, 2020, p.376), en particulier matérialisés dans ce cas par l'acquisition d'un fauteuil roulant plus adapté pour le bien-être du patient, et incluant aussi d'autres personnes accueillies ; exemple d'un *care* qui « devient l'affaire de tous » (Uribelarrea, 2021, p.48) au sein d'une structure LHSS. La question du vieillissement et de la fin de la vie est l'un des grands enjeux de notre société et cela se vérifie également aux LHSS, en première ligne face à des situations où il faut sans cesse remodeler l'articulation entre prescrit et réel et souvent construire des réponses palliatives. Or, Gabriel Uribelarrea (2021) rappelle que :

« [la] problématique de l'accompagnement à la fin de vie, indissociable de celle du vieillissement prématuré ou non des personnes sans abri, demeure un impensé des politiques publiques auquel sont pourtant confrontés, dans des institutions "en général inadaptées à la fin de la vie" (Aubry, 2017, p.7), les professionnels de l'urgence sociale » (p.85).

Ainsi, faire des LHSS un lieu d'ancrage pour une personne en fin de vie dépendante à l'alcool peut impliquer le recours exceptionnel à cette substance pour adoucir la fin de son existence (Uribelarrea, 2021, p.85). Pour autant, les relations sociales et les « prises » de l'accompagnement socio-thérapeutique – c'est-à-dire les outils et

moyens par lesquels les patients peuvent s'associer et être associés à l'interaction et à la transmission – établies par les parties prenantes dans le cadre des LHSS sont toujours fragiles et sont amenées à se reconfigurer à maintes reprises, voire à s'interrompre (Uribelarrea, 2021), sachant qu'il ne peut y avoir d'accompagnement sans consentement à l'aide dont les bénéficiaires ont besoin.

En agissant pour éviter une aggravation de l'état de santé en proposant non seulement du soin médical, mais également d'accompagner les patients vers la réinsertion sociale, les LHSS apparaissent comme un dispositif qui permet d'ajuster les pratiques et les prises en charge par rapport aux problématiques des personnes sans abri et en situation de logement précaire de notre temps, un dispositif qui reste cependant temporaire et soumis à la situation de l'urgence sociale, à l'évolution des besoins effectifs des personnes ainsi qu'à la décision politique.

4. L'immersion à GAIA (Annecy)

Afin d'expérimenter concrètement et de mieux connaître le fonctionnement et les publics accueillis dans une structure LHSS pour permettre d'inspirer l'évolution de notre action et de nos dispositifs, j'ai pu réaliser une immersion au sein des LHSS de l'association GAIA, pour rappel active dans le bassin d'Annecy jusqu'à l'agglomération d'Annemasse.

4.1. Présentation de l'institution

GAIA est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'intérêt général, officiellement instituée en 2009. Son objet social est l'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de fragilité et de précarité. Elle comprend trois pôles d'action : le social (urgence, hébergement), la santé, l'insertion par l'activité économique.

Les LHSS de GAIA font partie du Pôle Santé de l'institution. Comme le synthétise le site web de l'institution, ils ont officiellement pour mission d'offrir un cadre adapté aux soins à domicile à des personnes sans domicile ou en logement précaire, sur une durée d'un à deux mois, avec sortie sur avis médical. Ils poursuivent deux objectifs : organiser la prise en charge médicale et proposer un accompagnement social individualisé (ouvertures de droits, recherche de solutions durables de logement, liens avec les partenaires...). Les LHSS s'adressent à des personnes sans domicile ou

ayant un lieu de vie inadapté, sortant d'hospitalisation ou non, nécessitant des soins et une surveillance médicale normalement délivrés à domicile. La structure compte 11 places (neuf chambres simples et une chambre double). La seule obligation pour les personnes en LHSS est d'être présentes à la consultation médicale une fois par semaine.

Le bâtiment qu'occupe l'association GAIA, mis à disposition par un bailleur social, comprend un CHRS et les LHSS. Le bâtiment est récent. Les 11 places LHSS en occupent une aile. Le reste du bâtiment est le CHRS de 60 places pour des hommes et femmes isolé-e-s. Une terrasse, un espace commun au rez-de-chaussée ainsi qu'un self (ouvert uniquement pour le repas de midi et le repas du soir 7 jours sur 7) sont accessibles à toutes les personnes hébergées dans ce bâtiment et aux équipes.

L'admission est prononcée par la direction après avis du médecin. Les LHSS ont un conventionnement avec la PASS, le service d'hospitalisation à domicile (HAD) du Centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) et du Centre hospitalier Alpes Léman (CHAL), ainsi qu'avec l'ARS. Les LHSS collaborent également avec le 115 (urgences sociales), le Secours catholique, la Croix-Rouge, la Fédération des Œuvres laïques, les services préfectoraux, etc.

La mission principale des LHSS de GAIA est donc d'assurer l'accès aux soins de santé primaires et aux services sociaux pour les personnes sans abri. Ces lits d'hébergement temporaire offrent un refuge aux personnes sans domicile fixe tout en leur fournissant des soins de santé de base, tels que des consultations médicales, des soins infirmiers et des suivis réguliers. L'objectif est de répondre aux besoins immédiats de santé et de favoriser une approche préventive en identifiant et en traitant les problèmes de santé avant qu'ils ne s'aggravent.

En plus des soins médicaux, les LHSS de GAIA ont donc également une dimension sociale. La structure vise à offrir un accompagnement personnalisé aux personnes sans abri, en les aidant à accéder à des services sociaux, à des programmes de réinsertion professionnelle, à des formations ou à des aides administratives. L'objectif est de favoriser la réinsertion sociale et de contribuer à briser le cycle de la précarité pour ces personnes.

La finalité des LHSS de GAIA est d'améliorer la qualité de vie des personnes sans abri en leur offrant un environnement sûr, des soins de santé adaptés à leurs besoins et

un soutien social global. La structure cherche à promouvoir la dignité et l'autonomie des personnes vulnérables, en leur offrant des opportunités de rétablissement, de réinsertion sociale et de stabilité.

En somme, les LHSS de GAIA ont pour mission d'apporter une assistance médicale et sociale aux personnes sans abri, en fournissant un hébergement sécurisé, des soins de santé adaptés et un accompagnement personnalisé pour améliorer la santé et le bien-être des personnes les plus marginalisées.

4.2. L'intérêt de l'immersion

Par rapport à la réflexion qui fait l'objet de ce mémoire, il était essentiel d'aller au-delà des recherches théoriques et de s'immerger dans le terrain d'étude. Cette immersion offre de nombreux avantages et apporte une valeur ajoutée significative à la recherche.

Tout d'abord, l'immersion sur le terrain permet d'acquérir une compréhension approfondie du sujet d'étude. En étant présent physiquement et en interagissant avec les acteurs et actrices concerné-e-s, on peut observer, écouter et ressentir les réalités et les nuances qui ne peuvent pas être saisies uniquement à travers des sources documentaires. L'immersion permet de saisir pleinement la complexité du sujet, d'identifier les problématiques spécifiques et d'obtenir des informations de première main.

Ensuite, l'immersion offre l'opportunité d'établir des relations directes avec les personnes impliquées dans le domaine d'étude. En interagissant avec des experts, des professionnels ou des individus concernés, on peut bénéficier de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs perspectives spécifiques. Ces échanges peuvent enrichir la recherche en fournissant des informations précieuses, en stimulant des idées nouvelles et en éclairant des aspects souvent négligés dans la littérature existante.

L'immersion permet également de collecter des données de manière plus contextuelle et spécifique. L'observation directe, les entretiens sur place, les enquêtes de terrain et d'autres méthodes d'immersion offrent des données riches en détails et en profondeur. Ces données qualitatives complètent souvent les données quantitatives disponibles, permettant ainsi une analyse plus complète et une meilleure compréhension du sujet de recherche.

Par ailleurs, l'immersion sur le terrain peut renforcer l'authenticité et la crédibilité de la recherche. En montrant que l'on s'est engagé activement dans l'étude et que l'on a pris le temps de comprendre les réalités concrètes, on peut renforcer la validité des résultats et la confiance accordée par les lecteurs ou les évaluateurs du mémoire.

Enfin, l'immersion est une opportunité incomparable d'apprentissage et de développement personnel. Elle permet en effet d'affiner les compétences en recherche, en communication et en relations interpersonnelles. Elle favorise également la sensibilisation à des enjeux concrets et à des problématiques réelles, ce qui peut avoir un impact sur la perspective et l'engagement futur du chercheur ou de la chercheuse dans son domaine d'étude.

En somme, l'immersion sur le terrain offre de multiples avantages, allant de l'acquisition d'une compréhension approfondie du sujet à l'enrichissement des données, en passant par l'établissement de relations directes et l'amélioration de la crédibilité de la recherche. Cette expérience offre également des opportunités d'apprentissage et de développement personnel. Par conséquent, l'immersion constitue un choix significatif pour les professionnel-le-s, chercheurs et chercheuses souhaitant réaliser des travaux rigoureux et pertinents dans leur domaine d'étude.

4.3. Déroutement

L'immersion a eu lieu les 13 et 14 juin 2023, à un moment où la structure LHSS comptait 10 hommes et une femme. Je présente ici un extrait des observations réalisées suivi d'une brève synthèse.

4.3.1. Observations

La première journée (9h-16h) a permis de rencontrer l'équipe des LHSS, composée de Vanessa – à 30% coordinatrice LHSS et à 70% éducatrice –, Charlotte, assistante sociale à 100% arrivée le 23 mai 2023, Cindy, accompagnante éducative et sociale, et de deux médecins LHSS : Laure les mercredis matin et Élise les jeudis matin. La nouvelle infirmière, Julie, qui commencera le mercredi 21 juin 2023, permettra à l'équipe d'être au complet. Vanessa et Charlotte sont référentes des 11 personnes accueillies. Elles se répartissent les situations au fur et à mesure. Cindy est présente au quotidien et s'occupe notamment des accompagnements extérieurs et d'aller chercher des médicaments.

À 9h15, nous faisons connaissance en buvant un café. Vanessa m'explique le déroulement de la journée. Cindy et Charlotte sont aussi présentes. À 10h arrive Vincent, chef de service du Pôle Santé de l'association GAIA. Il consacre 10% de son temps de travail aux LHSS. Il est ainsi présent tous les mardis de 10h à 12h pour la réunion d'équipe.

J'assiste ainsi à la première réunion avec cette nouvelle composition d'équipe. Cette réunion est structurée en deux parties : la première est dédiée à l'organisation et à la logistique, la deuxième aux personnes hébergées.

Vincent prend la parole pour une mise à jour. Il parle des LHSS mobiles, nouveau projet de l'ARS. L'association GAIA a reçu de l'argent pour développer cette nouvelle prestation. L'ARS souhaite que l'équipe devienne mobile et qu'elle se rende dans les sept CHRS de la région. Pour rendre possible cette nouvelle prestation, deux équivalents temps plein (EPT) travailleurs sociaux (TS) et un 0,2 ETP médecin seraient financés. L'ARS demande que cette nouvelle prestation démarre dès septembre 2023.

Vincent parle de développer l'« aller-vers » – notion centrale de la stratégie logement d'abord – et exprime la perspective que l'équipe puisse collaborer avec les CHRS. Les réactions de l'équipe sont vives, questionnant le sens de cette démarche dans la mesure où les infirmières de la PASS assument déjà cette mission et où l'équipe des LHSS à peine stabilisée devrait effectuer des LHSS mobiles.

Vincent tempère et dit qu'il a rendez-vous avec sa hiérarchie le 30 juin. Il demande que les informations communiquées ne sortent pas de la salle à ce stade. Vanessa demande si la direction de la PASS est au courant de cette potentielle nouvelle mission. Vincent dit qu'il ne sait pas et informera l'équipe dès lors qu'il aura rencontré sa hiérarchie. L'équipe semble perplexe. Une collègue fait valoir qu'il ne faut pas s'inquiéter et attendre les choix de la direction. Vincent clôt le sujet.

Nous passons à la deuxième partie de la séance et Vincent commence à énumérer les personnes hébergées. Il demande à traiter en priorité les situations les plus inquiétantes. Vanessa prend la parole et commence à parler des personnes :

- **Philippe** : son état est inquiétant, il faudrait absolument lui trouver une solution plus adaptée à ses soucis de santé qui sont chroniques... Il ne rentre plus dans les critères des LHSS. Il est considéré comme grand précaire. Des négociations sont en cours pour qu'il intègre les LAM qui devraient ouvrir mi-juillet. Ce

nouveau projet est porté par OPPELIA. Une réunion est prévue cette après-midi, Vanessa dit se charger de parler de la situation avec la cheffe de service des LAM.

- **M. K** : sa prise en charge devait prendre fin car il n'avait plus les critères LHSS mais, la veille de son départ, il est allé aux urgences pour bénéficier d'une prolongation LHSS. Cette initiative a fonctionné car il est toujours là. Monsieur a des problèmes de santé chroniques. Les LAM seraient aussi la solution pour lui. Il est inscrit mais appréhende d'y aller car c'est loin ! Une bénévoles doit l'accompagner à Grenoble la semaine prochaine pour qu'il récupère un titre de séjour mais l'équipe ne sait pas quel titre lui a été accordé.
- **Mme E.** : Elle ne va pas bien depuis ce week-end car elle s'est séparée de M. E. Elle est complètement désorientée alors qu'elle avait une série de rendez-vous planifiée quant à sa santé et un projet d'intégrer une pension de famille à Cluses. Elle parle de sa mère malade à Marseille, qu'elle doit absolument aller voir pendant quelques jours. Elle dit qu'elle ne sait pas si elle va revenir. Ces derniers jours, Madame prend moins soin d'elle alors que, d'habitude, elle est très coquette.
- **M. E** : élément important, il était en couple avec Mme E. mais, ce week-end, ils se sont séparés donc très compliqué ! Affecté d'une maladie chronique, Monsieur suit de la chimio- et de la radiothérapie. Les LAM seraient aussi la solution pour lui. Comme M. K, il est inscrit mais appréhende d'y aller à cause de la distance. Il est persuadé qu'il pourra rester en LHSS autant de temps qu'il veut. Il a beaucoup de mal à entendre la réalité.
- **M. D** : jeune Afghan de 21 ans qui a la tuberculose, il partage la seule chambre double LHSS avec un autre homme. Le problème est qu'il parle toute la nuit car il joue à des jeux en ligne. Il dérange l'autre occupant de la chambre qui en marre. À plusieurs reprises, il a été vu en entretien avec un traducteur pour lui expliquer la situation mais cela n'a pas eu trop d'effet pour l'instant. Quel projet de sortie pour lui ? Il est demandeur d'asile et il faudra qu'il fasse le 115 ! Apparemment, le SIAO aurait peut-être des familles d'accueil. L'équipe ajoute qu'il faudrait explorer la piste du service jeunes majeurs qui a ouvert.
- **M. X** : finalement Monsieur ne se fera pas opérer du cœur. Il peut reprendre son travail en entreprise d'insertion progressivement. Il ne répond plus aux

critères LHSS et doit intégrer un CHRS. L'équipe LHSS est en contact avec le directeur du CHRS qui doit le rencontrer pour une éventuelle admission. À suivre...

- **M. J** : Monsieur est arrivé le 23 mai. C'est vraiment récent. Il a 28 ans mais semble très jeune. Il a une hépatite et consomme un produit. Son père habite à Annecy. Nous apprenons à le connaître. Il est très impatient et n'arrive pas du tout à se projeter pour l'instant. Il est assez compliqué à capter. À suivre.
- **M. G** : Monsieur perd beaucoup de poids. Il a le cancer de la gorge. Il a régulièrement des chimiothérapies. Il continue à consommer des produits. Il n'est pas souvent présent car il n'a pas pu prendre son chien – les chiens sont interdits dans la structure. Il a dû le laisser à un ami dans un squat et va le voir tous les jours. Il ne s'alimente pas bien. Il n'a quasiment plus de dents et cela devient compliqué pour s'alimenter. Au self, le chef de cuisine ne voulait pas lui mixer le repas. Vanessa s'est fâchée car il lui a dit que le certificat n'était plus valable ! Vincent intervient et dit que c'est inacceptable : la cuisine ne peut pas décider ce genre de chose. Il va contacter la cuisine et prévoir un canal spécifique pour les personnes des LHSS qui ont besoin d'un régime spécial.
- **M. W** : Monsieur a des problèmes psychiatriques et les pieds dans un état catastrophique, qui nécessitent 1h30 de pansement chaque semaine. Le médecin (externe) ne veut plus s'occuper de lui car lui et le patient ne se comprennent pas. Monsieur W est très fâché et tient des discours très incohérents. Il accepte de parler à l'infirmière de l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) qui passe une fois par semaine pour voir l'équipe et lui-même. Il ne s'alimente pas au self et a perdu beaucoup de poids. La situation est inquiétante. Vanessa essaie d'avoir plus d'informations pour faire avancer sa situation administrative et dit que contact a été pris avec des services sociaux de la région parisienne. À suivre.
- **M. A** : Monsieur consomme beaucoup de produit. Sa mobilité est réduite à cause de ses problèmes de pieds. Il va se faire opérer. Il chutait beaucoup avant d'être en chaise roulante. Le médecin va pouvoir l'opérer mais Monsieur va se retrouver avec un handicap du fait que ses pieds seront bloqués. Il devra marcher avec des béquilles et suivre un programme de rééducation, ce qu'il refuse pour l'instant. Vanessa dit qu'on le voit peu ces derniers temps mais vient

quand même pour qu'on l'accompagne chercher ses médicaments. Monsieur est très timide, ce n'est pas évident d'entrer en contact avec lui.

- **M. G** : son foie va bien. À suivre.

La réunion se termine dans la précipitation car Vincent doit partir. À 12h10, l'infirmière de l'EMPP est là pour voir M. W. Elle aimerait le voir en entretien.

Nous partons manger au self. Le retour au bureau a lieu à 13h30. L'infirmière EMPP est toujours en entretien avec M. W. Sur le bureau se trouvent les piluliers que des infirmières libérales apportent tous les mardis aux personnes suivies et qu'elles déposent au bureau si les personnes ne sont pas là.

À 14h, je participe à la réunion mensuelle de coordination avec la cheffe de service des appartements de coordination thérapeutiques et la cheffe de service des LAM. Les deux cheffes de service travaillent pour OPPELIA. Vanessa a un très bon lien avec elles, ce qui permet d'évoquer les transferts de certaines personnes dans leurs dispositifs.

Vanessa parle des trois personnes qui pourraient intégrer les LAM d'ici mi-juillet. La cheffe de service dit qu'ils sont sur sa liste. Elle aimerait organiser une visite des lieux avec les personnes et l'équipe des LHSS. Elles évoquent la transition LHSS-LAM : comment se coordonner ?

La cheffe de service des LAM prévoit une ouverture des LAM en deux temps. Une ouverture de six LAM d'ici fin juillet 2023 et les neuf autres à la fin de l'année. C'est une nouveauté en Haute-Savoie : auparavant, il n'y avait jamais eu de LAM. Vanessa attend cette ouverture avec impatience : enfin une alternative de plus pour les personnes afin d'éviter pour certains un retour à la rue ! Elle évoque la gestion difficile de la dégradation de l'état de santé des personnes et l'évolution des maladies chroniques. Elle dit qu'il est très compliqué de trouver des établissements adaptés.

Lors de la deuxième journée d'immersion, je suis arrivée à 8h30. Je rejoins Vanessa au self qui est en train de boire le café avec deux messieurs. Elle me les présente : ce sont deux anciens des LHSS – elle leur explique pourquoi je suis ici. Ils sont hébergés depuis plusieurs mois en CHRS. Un des messieurs est un retraité et me dit qu'il a travaillé pendant 24 ans au restaurant de la Perle du Lac à Genève mais que, malheureusement, il a perdu son travail à cause de soucis de santé. Il s'est alors retrouvé diminué et sans emploi : la dégringolade a commencé. Aujourd'hui, il est

hébergé ici et il est très content. Il dit avoir été sauvé par l'association GAIA et par toutes les personnes qui se sont occupées de lui.

À 8h50, nous montons à l'étage pour rejoindre Laure, la médecin qui va commencer les consultations. Je lui explique ma démarche et Vanessa lui demande si elle d'accord que je participe aux consultations. Laure est donc présente tous les mercredis matin et, avec Vanessa, rencontre les quatre personnes dont elle a le suivi. Je me sens tout de suite très à l'aise avec Laure qui est très ouverte et intéressée par ma démarche. Nous démarrons les consultations. Chaque personne est accueillie. Laure prend des nouvelles sur l'état du moment.

4.3.2. Synthèse

Les observations rapportées ci-dessus me permettent avec le recul d'établir plusieurs éléments à mettre en perspective avec la situation du Passage. Déjà, les profils et les situations des personnes accueillies dans les LHSS de GAIA rejoignent différentes problématiques rencontrées au Passage qui justifieraient le même type de prise en charge et d'orientation.

On a vu que plusieurs patients des LHSS de GAIA ont vocation à être pris en charge par les LAM, dont l'ouverture imminente au moment de l'immersion était attendue avec impatience : non pour se décharger de la prise en charge, mais bien pour offrir la solution la plus adaptée aux besoins des personnes concernées et, au-delà, éviter à tout prix le retour à la rue et au sans-abrisme, une préoccupation majeure. Cette situation montre, d'une part, que la mise en place des dispositifs n'est de loin pas encore généralisée en France malgré les intentions politiques affichées et, d'autre part, que les LHSS ne sont pas une fin en soi mais l'un des maillons d'une chaîne dont l'efficacité et l'efficience d'ensemble est conditionnée par la qualité du calibrage de chacun des éléments ainsi que de la transmission entre ces derniers.

L'objectif est une offre de prise en charge qui assure la continuité et l'adéquation des moyens mis en œuvre pour que les personnes en situation de vulnérabilité bénéficient à la fois du *care* et de l'ancrage nécessaires dans une forme de « chez soi » social qui leur garantit une existence sociale. Coordination et coopération apparaissent comme des maîtres-mots entre les différents acteurs professionnels et institutionnels, toujours à partir des données de terrain, au plus près des problématiques individuelles des personnes accueillies, ce qui est également le cas au Passage mais sans la même

offre de solutions institutionnelles, dans le cadre d'une politique genevoise qui, malgré des signes d'évolution, reste culturellement caractérisée par l'usage de la stratégie « en escalier ».

Comme les publics accueillis, l'organisation n'est jamais figée et ses évolutions peuvent susciter des appréhensions voire des angoisses lorsque des aménagements, comme la mise en place de LHSS mobiles, sont requis par l'autorité de référence, ici l'ARS : par leurs réactions, les membres de l'équipe témoignent de leur volonté de faire valoir leur expertise du terrain dans les décisions d'organisation. Cette parole est écoutée par le chef coordinateur qui garantit son relais auprès des instances en cause. Ce fonctionnement peut inspirer la réforme du paradigme d'action sociale à l'œuvre dans les structures genevoises et motiver un mode de pilotage intégré jamais coupé du terrain.

Le dimensionnement du Passage est relativement similaire à celui du CHRS de GAIA, avec une soixantaine de places ; le fait que soient adjoints 11 places LHSS au CHRS et la visite d'ex-bénéficiaires du LHSS accueillis au CHRS montrent que l'articulation entre santé, social et hébergement doit pouvoir s'effectuer dans une cohérence non seulement professionnelle mais aussi géographique – proximité, accessibilité, transmission.

5. Projet-pilote genevois et perspectives

Le déploiement d'un dispositif LHSS à Genève nécessite une approche planifiée et coordonnée impliquant différentes parties prenantes, notamment les autorités locales, les organisations de santé et les acteurs sociaux. Voici les étapes-clés à considérer pour mettre en place un tel modèle :

- a) **Évaluation des besoins** : il est important de réaliser une évaluation approfondie des besoins des personnes sans abri à Genève en termes de soins de santé. Cela implique de recueillir des données sur leur profil de santé, leurs problèmes de santé courants, leurs besoins spécifiques en matière de soins et les lacunes actuelles dans les services disponibles.
- b) **Partenariats et collaboration** : établir des partenariats solides avec les autorités locales, les services de santé, les organismes sociaux et les organisations caritatives est essentiel. Collaborer avec ces parties prenantes

permettra de bénéficier des ressources, de l'expertise et du soutien nécessaires pour mettre en place le modèle LHSS.

- c) **Planification des ressources** : il convient de déterminer les ressources nécessaires pour le déploiement des LHSS, notamment les locaux, le personnel médical et social qualifié, les équipements et les fournitures médicales. Il faudra également évaluer les aspects financiers et rechercher des sources de financement appropriées pour soutenir le projet.
- d) **Élaboration d'un protocole de fonctionnement** : définir un protocole de fonctionnement détaillé pour les LHSS est essentiel. Cela inclut d'établir les critères d'admission, les procédures de gestion des patients, les services médicaux et sociaux offerts, les partenariats avec d'autres structures de soins ainsi que les mécanismes de suivi et d'évaluation.
- e) **Formation du personnel** : assurer la formation adéquate du personnel médical et social qui travaillera dans les LHSS est primordial. Le personnel doit être compétent pour fournir des soins adaptés aux besoins spécifiques des personnes sans abri, en mettant l'accent sur la compréhension de leurs réalités, des problèmes de santé courants et des approches de soins sensibles.
- f) **Sensibilisation et communication** : il est important de sensibiliser le public, les professionnels de la santé, les acteurs sociaux et les personnes sans abri sur l'existence et les avantages des LHSS. De plus, une communication efficace est essentielle pour promouvoir l'accès à ce dispositif et pour encourager les personnes sans abri à en bénéficier.
- g) **Évaluation continue et ajustements** : dès lors que les LHSS sont déployés, il est crucial de mener une évaluation en continu de leur efficacité, de leur impact sur la santé des personnes sans abri et de leur intégration dans le système de santé existant. Les résultats de ces évaluations peuvent servir à apporter des ajustements et des améliorations en fonction de l'évolution des besoins et des situations.

En suivant ces étapes, en favorisant la collaboration entre les parties prenantes et en tenant compte des besoins spécifiques dans le contexte de Genève, il est possible de déployer avec succès un dispositif LHSS pour répondre aux besoins des personnes sans abri en matière de soins de santé en ville et dans tout le canton.

C'est dans cette perspective qu'a été lancé à partir d'avril 2023 un projet-pilote de LHSS à l'échelle du Passage – hébergement d'urgence de l'Armée du Salut, en étroite collaboration avec la CAMSCO/HUG. L'évaluation des besoins a été faite par les partenaires de terrain. À cet effet, j'ai créé un groupe de pilotage et de suivi réunissant :

- un médecin chef de clinique de la CAMSCO/HUG (Lloyd Orphée Rigumye) ;
- une infirmière aux HUG référente pour les sans-abri en hébergement d'urgence à Genève (Mélanie Pinon) ;
- l'assistante sociale du Passage (Nadia Boreggiani) ;
- moi-même, directrice du Passage.

Nous nous sommes réunis trois fois avant le lancement du projet-pilote et nous sommes aussi allés tous ensemble à l'association GAIA à Annecy rencontrer l'équipe LHSS le 24 mars 2023, en amont du lancement du projet. L'immersion que j'ai effectuée en juin à GAIA m'a aussi permis de mieux comprendre le travail en LHSS et le profil des personnes hébergées, avec, comme je l'ai évoqué précédemment, des situations et des problématiques sensiblement équivalentes à celles que nous rencontrons au quotidien à Genève.

Toutes les parties prenantes se sont concertées pour concevoir et rédiger un formulaire ou dossier de pré-admission aux LHSS du Passage (projet-pilote LHSS) en concertation avec l'équipe de la CAMSCO/HUG. Ce formulaire (voir Annexe 2) est utilisé par les assistants sociaux et assistantes sociales de l'hôpital qui envoient la demande aux adresses mentionnées dans le formulaire.

Le projet-pilote, un peu plus de quatre mois après son lancement, porte sur deux places LHSS au sein du Passage et montre d'ores et déjà, de l'avis de toutes les parties prenantes, qu'il répond à des besoins qui ne trouvaient auparavant pas de solutions structurées et structurelles. Son évaluation en profondeur, de type « académique », n'a cependant pas encore été effectuée étant donné que le projet vient de démarrer. Le groupe de travail qui a été mis en place pour le pilotage et le suivi du projet permettra de rendre compte aux différents acteurs de la politique sociale à Genève des bénéfices et des besoins effectifs rencontrés par le dispositif LHSS au Passage.

Au-delà, l'idéal serait de créer un groupe de travail beaucoup plus large qui, à la manière d'un observatoire, puisse annuellement soumettre aux communes et au

canton l'évolution des besoins et les axes sur lesquels travailler. Surtout, il est évident que, comme on l'a vu dans la synthèse de l'immersion, la mise en place du modèle des LHSS n'est ni une fin en soi, ni une panacée. Je suis consciente que les réponses doivent être multiples et adaptées aux besoins : le projet-pilote nous confirme que nous sommes aussi confrontés à des personnes avec des maladies chroniques qui nécessitent bien plus que ce que nous proposons à travers le dispositif LHSS.

Toutefois, à ce stade, il est encore complexe de faire entendre et comprendre à nos autorités et financeurs que les modèles d'hébergements doivent évoluer (durée de séjour, critères d'accès...) et que les financements doivent être pérennisés. Le Passage est aujourd'hui précurseur, sur le territoire de Genève, pour proposer une solution LHSS. Nous avançons par étapes. Inexorablement, les LAM devront aussi faire partie des prochaines « innovations » sur notre canton, de même que, à terme, une offre de type EHPAD – établissement médico-social (EMS) en Suisse – pour les personnes âgées sans droit et sans abri qui souffrent d'une grande dégradation de leur santé et ne pourront mourir qu'ici.

À terme, l'enjeu est bien de proposer une offre complète de services et de soins permettant également de générer des « prises » pour l'accompagnement social, pour reprendre l'expression de Gabriel Uribelarrea, et d'inscrire la démarche dans une stratégie globale de logement d'abord dont l'expérience française – et d'autres pays et territoires – doit pouvoir inspirer la décision politique non seulement à Genève mais aussi dans le reste de la Suisse. Les résultats observés en France ont en effet montré qu'il s'agit d'une stratégie efficace et efficiente pour briser le processus conduisant à l'exclusion sociale, à une époque où chacune et chacun doit pouvoir avoir un toit. Pour l'institution sociale et ses acteurs, à commencer en l'occurrence par sa direction, l'enjeu ne se limite pas à l'action quotidienne auprès des bénéficiaires mais aussi à continuer à semer inlassablement des « petites graines » auprès des partenaires et des autorités pour développer des modèles de prises en charge différents, capables de répondre à des besoins en constante augmentation.

6. Conclusion

Mon engagement dans le DU Logement d'abord répondait à la volonté de mieux connaître cette stratégie, d'en approcher le terrain et de rencontrer les professionnel-le-s afin de mettre en perspective leurs pratiques, leurs besoins et les offres proposées avec ce que nous vivons au quotidien à Genève et plus particulièrement dans le cadre du Passage – hébergement d'urgence de l'Armée du Salut. Grâce aux différents échanges et face à la réalité du terrain, il est rapidement apparu que le dispositif LHSS, qui associe lieu d'hébergement et lieu de soin avec possibilité d'engager des accompagnements sociaux, est à même de répondre à de nombreuses problématiques individuelles auxquelles nous sommes confronté-e-s à Genève et qui sont également observées dans les différentes structures d'hébergement pour personnes sans-abri en France.

Ce DU a été pour moi une réelle source d'inspiration. J'ai rencontré d'autres professionnel-le-s qui travaillent dans le domaine et nous avons beaucoup échangé ; outre l'immersion à GAIA Annecy, cette formation m'a aussi permis de visiter différentes structures sur le territoire de Lyon. L'inspiration doit motiver l'action et c'est pourquoi, face aux situations et aux besoins de nos bénéficiaires, nous avons pu mettre en place à Genève un projet-pilote LHSS au sein du Passage qui montre déjà qu'il répond de manière efficace et efficiente aux besoins que nous avons identifiés chez la population que nous accueillons.

Ce processus vient attester que la réflexion et le travail collaboratif pour mutualiser les ressources et les compétences sont des éléments-clés pour relever les défis sociaux et économiques de notre époque. En unissant nos forces, nous pouvons maximiser notre impact, créer des solutions innovantes et durables, et faire progresser le bien-être collectif. La mutualisation est une approche gagnante pour tous, où chacun peut contribuer et bénéficier des richesses collectives. De manière générale, il y a lieu de promouvoir l'institutionnalisation à Genève de la stratégie logement d'abord à l'œuvre en France à l'échelle nationale depuis six ans afin d'en faire bénéficier non seulement les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité mais également la société dans son ensemble, grâce à la création d'un écosystème solidaire et collaboratif, où chacun apporte sa contribution unique et complémentaire.

Références

- Armée du Salut (s.d.). Sans-abrisme. <https://armedusalut.ch/sujets-et-offres/sans-abrisme-en-suisse/>
- Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020445566>
- Aubry, R. (2017). Fin de vie et précarité. *Rhizome*, n°64, pp.7-8.
- Bonvin, J.-M., Waltz, O., & Vogel, T. (2021). *Étude des besoins en matière d'hébergement d'urgence*. Mandat réalisé conjointement pour le compte du Département de la cohésion sociale et de la solidarité. Ville de Genève. https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/files/3016/3480/7148/Rapport_BesoinsHU.pdf
- Breviglieri, M. (2006). Penser l'habiter, estimer l'habitabilité. *Tracés – Bulletin technique de la Suisse romande*, n°23, pp.9-14. <https://hal.science/hal-01578031/document>
- Centre d'études et d'expertise sur les risques, la mobilité et l'aménagement (CEREMA). (2022). Le Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté. <https://outil2amenagement.cerema.fr/pratique-le-guide-des-dispositifs-d-hebergement-et-a2102.html>
- CEREMA. (s.d.). Les lits halte soins santé. <https://outil2amenagement.cerema.fr/les-lits-halte-soins-sante-lhss-r1128.html>
- De la Rochère, B. (2003). La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. *INSEE première*, 893.
- Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031824723>
- Gardella, É. (2016). Comment sortir du paradoxe des habitats d'assistance ? Propositions pour un droit inconditionnel à habiter. *Dossier de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion*, 90-94. http://www.mrie.org/content_page/15-dossiers/67-comment-sortir-du-paradoxe-des-habitats-d-assistance-propositions-pour-un-droit-inconditionnel-a-habiter-dossier-2016.html
- Girard, V., Estecahandy, P., & Chauvin, P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports*. La Documentation française. https://inserm.hal.science/file/index/docid/452211/filename/Sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf
- Groupement d'associations d'insertion annécien (GAIA) : <https://gaia74.com/>
- Hirsch, M. (2007). La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2-3, p.9.
- Loi sur l'aide aux personnes sans abri (LAPSA) du 3 septembre 2021. <https://ge.ch/grandconseil/data/loisvotee/L12911.pdf>
- Mathieu, S. (2022). La stratégie « logement d'abord ». *Constructif*, 62, 71-75. <https://doi.org/10.3917/const.062.0071>
- Picon, É., Sannino, N., Minet, B., Henocq, A.-C., & Seigneur, R. (2013), *Évaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)*. [Rapport]. Ministère des Affaires

- sociales et de la Santé, Direction générale de la Cohésion sociale.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf
- Sazpinar, T. (2023, 20 février). Un ancien hôtel genevois sera mis à disposition des sans-abri à Plainpalais. *Radio-Télévision Suisse*.
<https://www.rts.ch/info/regions/geneve/13799117-un-ancien-hotel-genevois-sera-mis-a-disposition-des-sansabri-a-plainpalais.html>
- Trabert, G. (1999). Health and Medical Care of Single Homeless People in Germany. *Internet Journal of Public Health Education*, 1, pp.74-79.
- Uribelarrea, G. (2020). *Le souci des patients sans abri : enquêter sur la relation de soin entre le monde médical et le monde de l'assistance*. [Thèse de Doctorat]. Université de Lyon.
- Uribelarrea, G. (2021). La dernière demeure : accompagner les personnes sans abri en fin de vie dans un hébergement médicalisé. *Retraite et société*, n°85, pp.43-49.
- Ville de Genève (2023, 24 juillet). Hébergements d'urgence pour personnes sans abri.
<https://www.geneve.ch/fr/themes/social/precarite-abri/hebergements-urgence#>

Annexe 1 : Offre d'hébergement d'urgence à Genève (2023)

Collectivité/Association	Structure(s)	Places/public	Capacité totale	Durée de séjour
Ville de Genève	Abri PC de Richemont	Tout public (50 hommes, 24 femmes, 3 places d'urgence)	167	30 jours en abri PC Hôtels selon situation
	Hôtels (Pension Silva et Le Drake)	Hommes et femmes (environ 90 places) avec statut ou en voie de l'obtenir		
Armée du Salut	Le Passage	44 hommes 18 Mineurs non-accompagnés (MNA)	62	30 jours et selon situation
Armée du Salut	Hôtel Bel'Espérance	19 femmes	19	1 à 3 mois
Fondation Carrefour-Rue & Coulou	La Coulou	Tout public	19	Illimitée
CauseE	City Hostel Maison de la Roseraie Lieu de Répit Humanitaire (LRH) À venir : La Cour des Augustins	34 hommes 10 femmes 6 familles (22 places - MdR) 45 hommes au LRH	111	1 à 3 mois (Hôtel et MdR) 2 mois (LRH)
HUMA	Immeuble	Familles avec enfants mineurs	76	3 mois
Association Intégration Mineurs sans statut légal et famille Genève	Sleep-In Familles (Abri PC)	Familles	73	Selon situation
Aux 6 logis	Appartements relais	Femmes avec ou sans enfants	10	Selon situation

Annexe 2 : Dossier de pré-admission aux LHSS du Passage (projet-pilote)

Lits Halte Soins Santé pour personnes sans-abri

Missions :

Les Lits halte soins santé (LHSS) assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social.

Public :

- ✓ Hommes sans domicile présentant des problèmes de santé
- ✓ Toute personne ne disposant pas de domicile dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées) mais dont la prise en charge est incompatible avec la vie à la rue
- ✓ Personne autonome dans les actes de la vie quotidienne

Prestations :

Les LHSS proposent un suivi thérapeutique, un accompagnement social voire une éducation sanitaire grâce à la présence une fois par semaine d'un.e infirmier.ère. Le demandeur s'engage à rencontrer l'infirmier.ère chaque semaine, le rdv étant obligatoire.

Durée :

La prise en charge est de 30 jours renouvelable selon l'avis de la commission des LHSS

Commission d'admission :

Les demandes d'admission sont étudiées régulièrement lors d'une commission d'admission. Les admissions sont validées par la commission des LHSS et selon les critères de ceux-ci.

Dossier à envoyer complet par courriel

Melanie.pinon@hcuge.ch

Lloydorphee.rigumye@hcuge.ch

Nadia.boreggiani@armedusalut.ch

Samir.kadoum@armedusalut.ch

Valerie.spagna@armedusalut.ch

Dossier de pré-admission sur les Lits Halte Soins Santé (LHSS) pour personnes sans-abri

1. Raison de la demande

--

2. Prescripteurs

Assistante sociale : Service : Tél : Mail :	Médecin : Tél : Mail :
------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

3. Demandeur

NOM : Prénom : Tél : Date de naissance : Nationalité : <input type="checkbox"/> Suisse <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Hors UE Statut sur le territoire : Permis de séjour valable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Mesure de protection : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> non Si oui, laquelle : Nom Tél : Prise en charge sociale en cours : <input type="checkbox"/> Hospice général <input type="checkbox"/> Aide aux migrants (AMIG) <input type="checkbox"/> non
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Soins motivant la demande d'admission

--

5. Pathologies en cours

<u>SOMATIQUES</u>	<u>CHIRURGICALES</u>	<u>PSYCHIATRIQUES</u>

6. Antécédents médicaux

<u>MEDICAUX</u>	<u>CHIRURGICAUX</u>	<u>PSYCHIATRIQUES</u>

7. Traitements en lien ou non avec la demande d'admission

Traitements médicamenteux : oui non

Lesquels :

Merçi de joindre les photocopies des ordonnances

8. Rendez-vous de suivi post-hospitalisation

Injections, examens complémentaires	
Pansements	
Rendez-vous médicaux	
Physiothérapie	
Ergothérapie	

Merci de joindre les photocopies des ordonnances et des convocations

9. Comorbidités

Psychiatriques	Addictions	Allergies	Autres
Type de trouble :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Régime alimentaire
Suivi : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lesquelles :	Si oui, lesquelles :	Lequel :
Nom médecin :	<input type="checkbox"/> Tabac		
	<input type="checkbox"/> Alcool		
	<input type="checkbox"/> Toxiques		
	<input type="checkbox"/> Benzodiazépines		
Traitement :	<input type="checkbox"/> Cannabis		
	<input type="checkbox"/> Autres :		

10. Evaluation de l'autonomie

Toilette / hygiène	Seul (toilette complète)	
	Aidé (haut et/ou bas)	
	Ne fait pas	
Habillage	Seul	
	Aidé	
	Ne fait pas	
Alimentation / hydratation	Seul	
	Aidé	
	Ne fait pas	
	Trouble de la déglutition	
Cohérence	Normale	
	Partiellement perturbée	
	Totalement perturbée	
	Démence diagnostiquée	
Orientation dans le temps et l'espace	Normale	
	Orienté avec aide	
	Désorientation épisodique	
	Désorientation totale	
Elimination	Continence urinaire et fécale	
	Incontinence occasionnelle (J/N)	
	Incontinence totale	

Locomotion	Adaptée	
	Déambulation inadaptée	
	Chutes fréquentes	

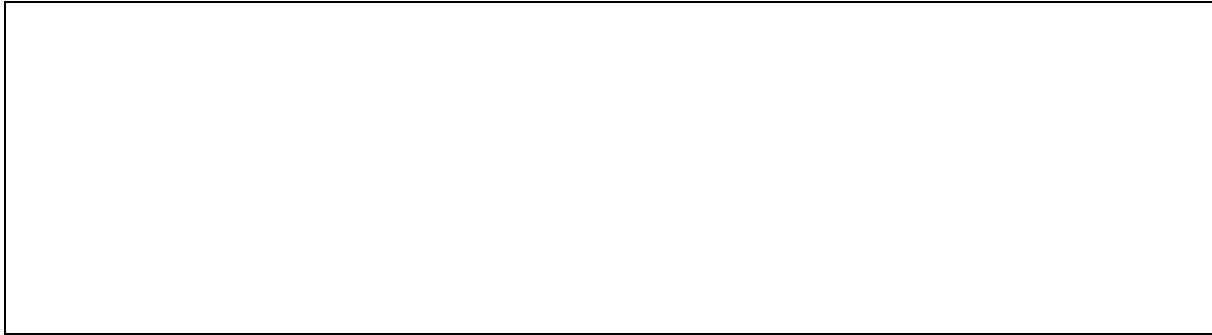
Déplacements à l'intérieur	Fait seul (dont les escaliers)	
	Avec aide humaine	
	Avec une canne ou un déambulateur	
	En fauteuil roulant	
	Ne fait pas	

Transferts	Fait seul	
	Avec aide	
	Ne fait pas	

Déplacements à l'extérieur	Fait seul (supérieur à 300m)	
	Avec aide	
	Ne fait pas	

11. Parcours de la personne

12. Projet social de sortie envisagé



Accueil des personnes au Passage

Le Passage est un centre d'hébergement d'urgence pour hommes seuls, en chambres doubles ou triples.

Horaires

7h00 à 9h00 : Petit-déjeuner - 18h30 à 20h30 : Repas du soir (Pas de repas à midi).

Accueil des personnes jusqu'à 23h00 au plus tard.

Les personnes accueillies doivent être en chambre de 00h00 à 6h00.

Les étages sont fermés de 11h à 13h30 pour permettre à l'intendance de nettoyer les étages. Il ne doit pas y avoir de personnes accueillies dans les étages pendant cet horaire.

Règlement du Passage

Le comportement des personnes accueillies doit être adéquat envers toutes et tous.

Fumer dans les chambres est interdit.

Consommer des drogues ou de l'alcool dans l'enceinte du Passage est interdit.

Les bagages ne sont pas gardés à la fin du séjour.

Seuls les dossiers complets seront étudiés lors de la commission d'admission.

Signatures :

Demandeur

Prescripteur

Médecin

Décision de l'équipe pluridisciplinaire des Lits Halte Soins Santé

ACCORD

Durée prévisionnelle de séjour :

REFUS

Raisons du refus :