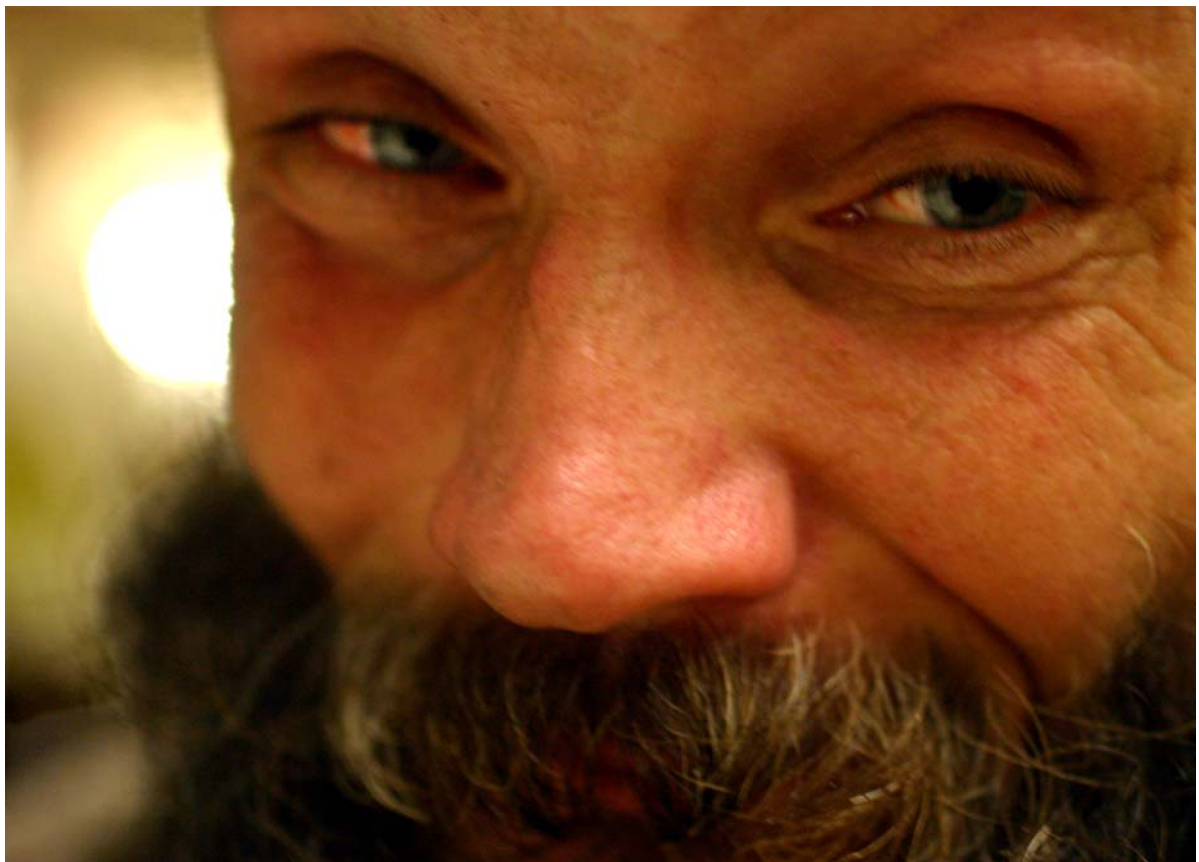


samusocial de Paris



*Rapport d'Activité
Exercice 2010*

Dans l'attente d'un statut pérenne, le GIP **Samusocial** de Paris est organisé comme un dispositif de service public d'aide aux usagers à la rue parmi les plus vulnérables de la Région Ile-de-France.

2010 est une année qui a permis à nouveau la mise en place d'expérimentations et missions spécifiques au bénéfice des usagers parisiens et des Départements de la Petite Couronne. A noter en particulier :

- **Le maintien du dispositif de gestion des nuitées hôtelières** au titre du 115 de Seine-Saint-Denis et la Coordination d'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile (CAFDA),
- **L'ouverture des 24 LAM (Lits d'Accueil Médicalisés)** en renfort du dispositif de soins géré par le GIP **Samusocial** de Paris,
- **L'attribution par l'Etat le 8 novembre 2010 de la Préfiguration du SIAO Urgence Paris (SIAO UP)** au GIP **Samusocial** de Paris jusqu'au 31 décembre 2011, par Monsieur Daniel CANEPA, Préfet de la Région Ile de-France. Cela a nécessité de mettre en œuvre en interne dès la fin de l'année 2010 les premières mesures permettant de répondre aux nombreux objectifs fixés par l'Etat.

Autre fait marquant qui aurait pu lourdement pénaliser le fonctionnement du **Samusocial** de Paris à la sortie de l'hiver 2009/2010 si son équipe d'encadrement n'avait pas largement contribué au maintien de son activité : **le conflit social qui a marqué le GIP en mars et avril 2010** alors qu'une partie de son personnel remettait en cause les modalités de fonctionnement des missions du 115 de Paris, des maraudes et du Centre d'Hébergement d'Urgence Yves Garel, au titre notamment des conditions de travail, du statut et des modalités de rémunération de certains personnels du GIP.

Sur le plan opérationnel, les Pôles et les Départements ainsi que la refonte des Directions et des Services du GIP **Samusocial** de Paris ont consolidé la mutualisation des missions du 115 de Paris, des équipes mobiles et de l'ESI, à l'identique des schémas opérationnels préconisés dans le cadre du SIAO UP porté depuis novembre 2010 par le GIP et par son préfigurateur, recruté en début d'année 2011.

Autre illustration de cette réorganisation, le Pôle Soins, Médical et Pharmaceutique, qui regroupe les activités et les missions de la Direction des Soins, dont les LAM partiellement ouverts et agréés par l'ARS en date du 23 décembre 2010.

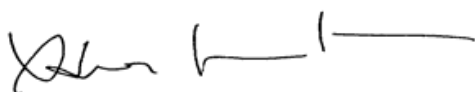
Ces aménagements fonctionnels et opérationnels démontrent l'efficacité du **Samusocial** de Paris et ce notamment dans le contexte de la campagne hivernale 2010 / 2011 marquée une fois encore par l'objectif de « 0 DNP » (Demandes Non Pourvues) et l'ouverture pour la seconde année consécutive du centre d'hébergement provisoire de Jean Rostand (81 places qui ont fermé le 31 mars 2011). L'hiver 2010-2011 a été un peu moins rigoureux que lors des deux campagnes précédentes, mais le mois de décembre 2010 a été le plus froid de ces 40 dernières années, avec une température moyenne inférieure de 3°C aux références. Les maraudes, l'ESI, comme le 115 de Paris, ont dû s'adapter à ces conditions climatiques difficiles pour être en mesure d'accueillir au mieux des usagers particulièrement vulnérabilisés.

L'activité du GIP **Samusocial** de Paris observée en 2010¹, démontre cette année encore la tendance à l'accroissement du nombre de demandes et de demandeurs isolés, mais surtout en familles. Avec une augmentation de 24% du nombre de nuitées engagées par le **Samusocial** de Paris par rapport à 2009 et de 16% des personnes hébergées. Dans ce contexte, le nombre de personnes en famille dépasse le nombre de personnes isolées prises en charge. 55% de ces familles sont monoparentales et 95% de ces dernières ont à leur tête une femme. Enfin, à noter que la moitié des nuitées d'hébergement dédiées aux familles le sont dans un contexte de « dépannage ». Cet afflux de personnes en famille continue donc à peser sur le Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière (PHRH) et plus largement sur le **Samusocial** de Paris, notamment ses services supports.

¹ Cf à ce sujet l'étude détaillée du Département de l'Observation et de la Prospective du GIP **Samusocial** de Paris, disponible en annexe de ce rapport d'activité 2009

Dans tous ces domaines, cette année écoulée démontre une fois encore combien le GIP [Samusocial](#) de Paris est une structure en perpétuelle évolution qui reste fondamentalement attachée à son cœur de mission de lutte contre la grande exclusion. En ce sens, le GIP a été missionné en fin d'année 2010 pour assurer la préfiguration du SIAO UP, ce qui marque un pas de plus vers la mise en place d'un véritable service public de lutte contre l'exclusion. Sur ce plan, tout reste à construire et à conforter, ce qui ne se fera pas sans moyens dédiés et sans que la question du statut et de la pérennité du GIP ne soit définitivement réglée. A ce titre, l'année 2011 sera une année cruciale.

Comme chaque année, nous souhaitons donc remercier celles et ceux qui nous accompagnent dans nos missions. Merci aux administrateurs et membres du GIP, au « Comité des Sages », aux entreprises privées, aux donateurs anonymes, aux partenaires institutionnels et aux samaritain(e)s qui viennent renforcer bénévolement les équipes de professionnels du GIP [Samusocial](#) de Paris. Merci à toutes les collaboratrices et à tous les collaborateurs du [Samusocial](#) de Paris, personnels GIP, mis à disposition et vacataires, leur action reste indispensable pour mieux agir aujourd'hui et demain. Ce rapport d'activité symbolise l'expression de leur dévouement et de leur professionnalisme.



Docteur Xavier EMMANUELLI
Président-Fondateur



Stefania PARIGI
Directrice Générale

UN GIP – GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) **Samusocial** de Paris, créé le 19 décembre 1994, est présidé par le Docteur Xavier EMMANUELLI et dirigé par Stefania PARIGI². Il est composé des membres et partenaires suivants :



- ✓ Etat – DRIHL Siège, représenté par Madame Annick DEVEAU, Directrice Adjointe.



- ✓ Ville de Paris (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris) – représentée par Monsieur Gauthier CARON-THIBAUT – Adjoint au Maire du 3^{ème} arrondissement de Paris, Conseiller de Paris,



- ✓ Département de Paris – représenté par Madame Olga TROSTIANSKY – Adjointe au Maire de Paris, chargée de la Solidarité, de la Famille et de la Lutte contre l'Exclusion,



- ✓ GDF SUEZ – représenté par Monsieur Joël GREGOIRE – Délégué Régional GDF Ile-de-France



- ✓ SNCF – représentée par Monsieur Vincent BOUZNAD – Responsable du Pôle Sociétal à la Direction Déléguée au Développement Durable,



- ✓ RATP – représentée par le Docteur Patrick HENRY – Chargé de Mission, Lutte Contre la Grande Exclusion,



- ✓ FNARS Ile-de-France – représentée par Monsieur Jean-Paul CARCELES - Président,



- ✓ Etablissement Public de Santé – représenté par Monsieur Denis FRECHOU – Directeur,



- ✓ AP-HP – représentée par Madame Mireille FAUGERE – Directrice Générale,



- ✓ PSA Peugeot Citroën – représenté par Madame Caroline MILLE LANGLOIS – Directrice de la Communication et du Développement Durable,

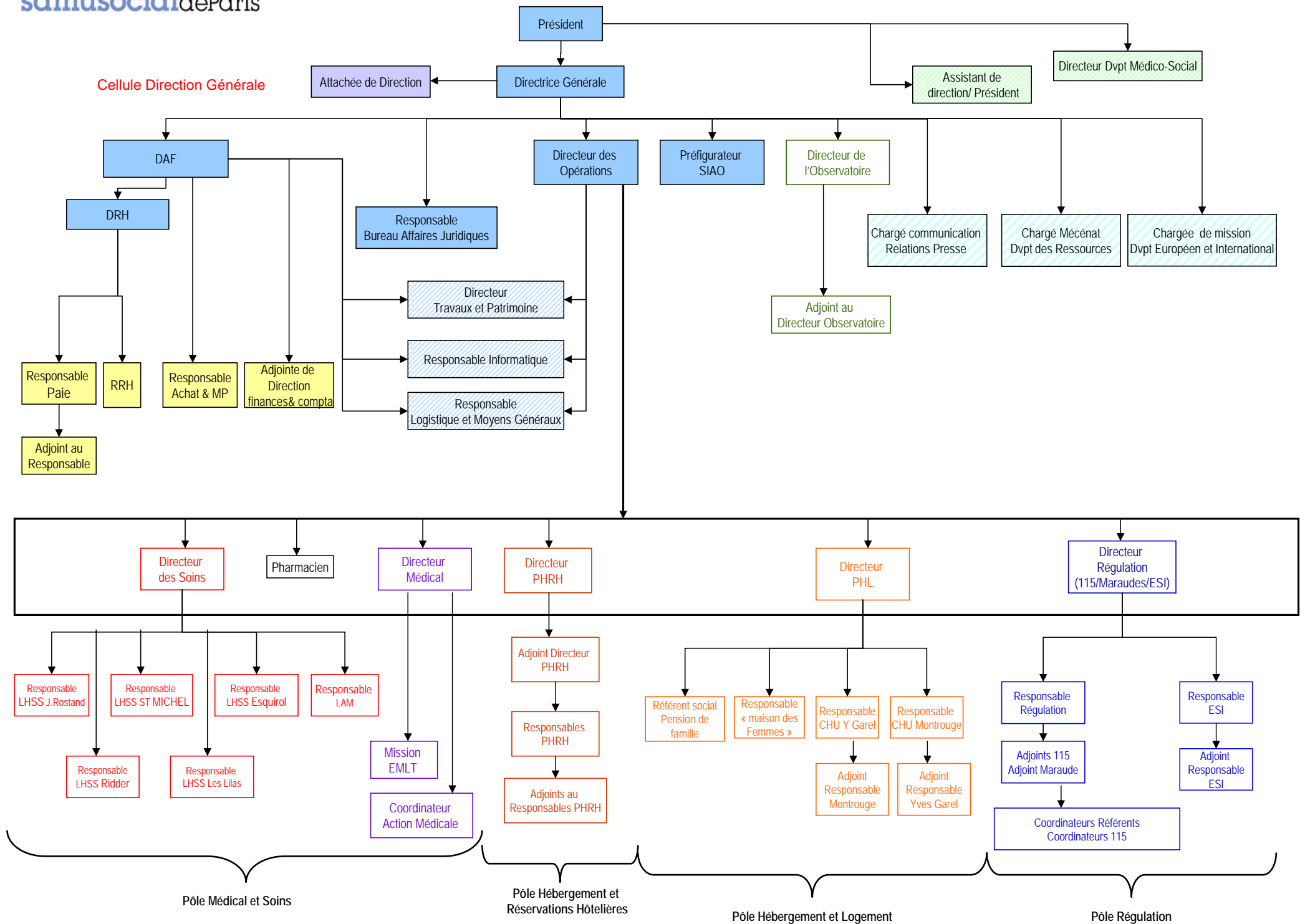


- ✓ Membre associé : Caisse des Dépôts et Consignations – représentée par Madame Françoise JARDIN– Chargée de développement pour la région IDF,

- ✓ Commissaire du Gouvernement – Monsieur Bertrand MUNCH, Préfet, Secrétaire Général de la Préfecture de Paris,

- ✓ Contrôleur d'Etat : Madame Christine BUHL – Contrôleur Général, Economique et Financier.

² Nommée à ce poste le 13 mai 2002



Orienter, Accueillir et Aller Vers

Le Pôle de la Régulation du GIP Samusocial de Paris

- le 115 de Paris,
- le dispositif maraudes,
- L'Espace Solidarité Insertion « La Maison dans le Jardin »

Faits marquants 2010

L'année 2010 a été marquée par un mouvement social qui a impacté le fonctionnement du 115 à la sortie de l'hiver mais aussi par l'amorce de nouveaux projets d'organisation et de fonctionnement du pôle de la Régulation qui regroupe le 115 de Paris, les Equipes Mobiles d'Aide, et l'ESI.

Dans une perspective de continuité des expérimentations lancées au cours de l'hiver 2009-2010, les missions des maraudes pures et signalements, ont été reconduites et ajustées afin de répondre au mieux aux réalités de l'inscription territoriale des publics en situation de rue.

Le contexte social global, mouvement de flux migratoire, crise économique ou crises des identités professionnelles a mis ce dispositif sous tension.

Malgré ces difficultés, les équipes de la régulation se sont recentrées sur les missions d'écoute, d'évaluation, d'orientation et de mise à l'abri des publics de plus en plus nombreux et grandement exposés aux situations d'exclusion.

Le 115 de Paris

Principal indicateur d'activité du numéro d'urgence 115 de Paris, la prise d'appels traduit de manière chiffrée la capacité des personnels à se rendre disponible pour les usagers.

Sont mentionnés dans les tableaux suivants les appels reçus, différents et répondus pour les années 2005 à 2010 :

- Appels reçus : cette donnée correspond au nombre de fois où le numéro d'urgence 115 est composé à Paris ; cette information correspond à des sollicitations et non au nombre d'usagers.
- Appels différents : cette donnée permet d'affiner la perception des sollicitations à l'origine des appels. En effet, pour obtenir le numéro d'urgence 115, un usager peut être amené à réitérer son appel depuis plusieurs numéros d'appels différents (cabines publiques, accueils de jour...) mais à l'inverse un même numéro peut être utilisé par plusieurs usagers.
- Appels répondus : cette donnée correspond au nombre d'appels effectivement décrochés par les écoutants sociaux du numéro d'urgence 115 de Paris.

Données¹ d'appels du numéro d'urgence 115 de Paris (Période 2005-2010)

| | Appels reçus | Appels différents | Appels répondus |
|------|--------------|-----------------------------|-----------------|
| 2005 | 2 589 238 | N.C | 292 596 |
| 2006 | 1 519 877 | 308 354 (du 01.04 au 31.12) | 304 911 |
| 2007 | 756 843 | 371 141 | 324 602 |
| 2008 | 1 033 740 | 415 550 | 375 187 |
| 2009 | 1 634 425 | 470 832 | 408 742 |
| 2010 | 3 311 657 | 456 777 | 345 955 |

A noter :

- Concernant l'année 2010, les résultats statistiques présentés ci-dessus illustrent une décroissance de la prise d'appel (- 15,4% d'appels répondus par rapport à 2009) en lien avec les sollicitations supplémentaires difficilement quantifiables : +102,6% d'appels reçus pour -3,0% d'appels différents (cf. Graphiques 1 et 2 ci-après).
- Les appels répondus, sont passés de 408 742 appels en 2009 à 345 955 appels en 2010, soit une diminution de 15,4% (62 787 appels répondus en moins). Les difficultés en sortie de période hivernale (mouvement social) ainsi que de nombreux départs de collaborateurs suivis de recrutements difficiles sont à l'origine de la diminution de la prise d'appels au 115.

¹ Source Samusocial de Paris RA 2010

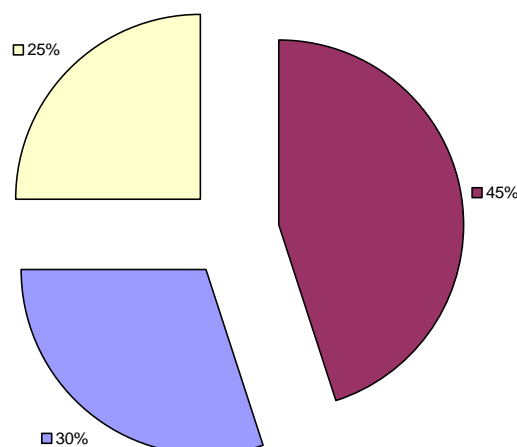
- L'année 2010 est illustrée par un nombre très important de sollicitations : soit 1 677 232 appels de plus reçus par rapport à 2009 (+ 102,6%), pour 14 055 appels différents en moins par rapport à 2009, soit une diminution de 3,0%. A noter que le 115 étant difficilement joignable, certains usagers, sur une période, ont pu abandonner le recours à ce numéro d'urgence.
- L'année 2010 a été marquée par une longue période de mise en œuvre de la consigne « 0 DNP » incitant les équipes du 115 - notamment les cadres - à contacter, à plusieurs reprises dans la nuit, les structures de mise à l'abri afin d'avoir connaissance des places restées vacantes dans les centres pour pouvoir ainsi les réattribuer aux usagers du 115.

Evolution globale :

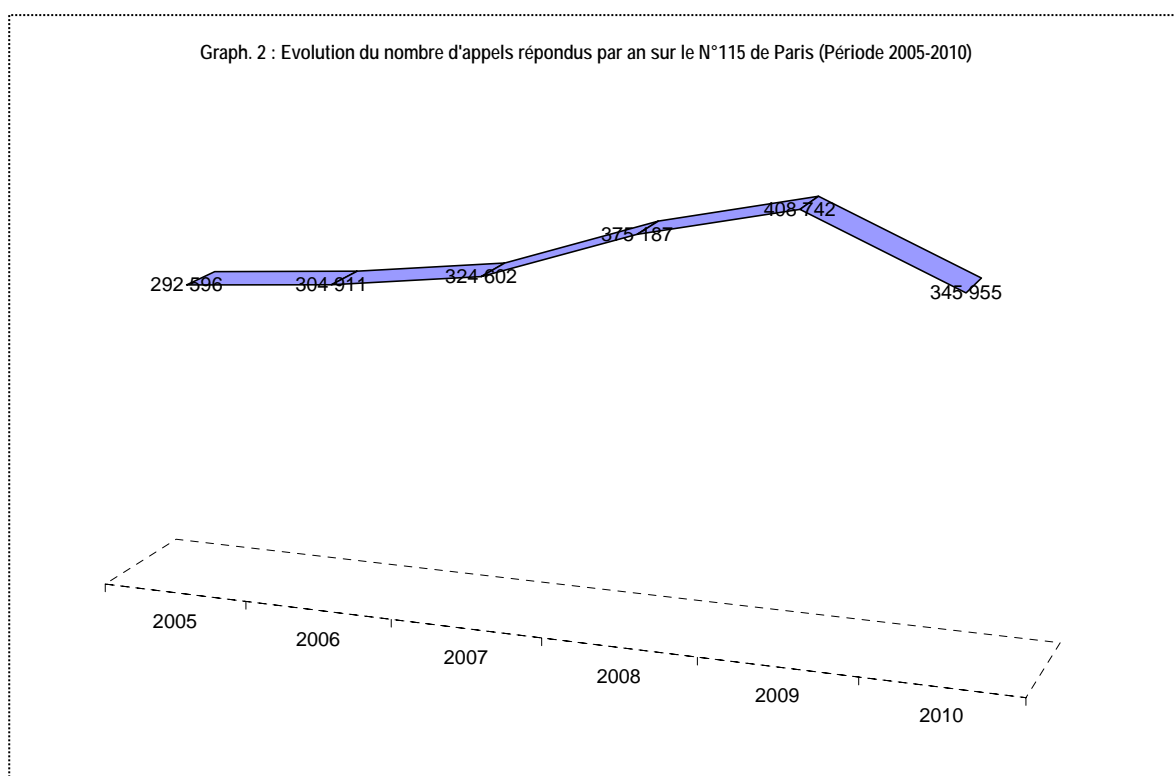
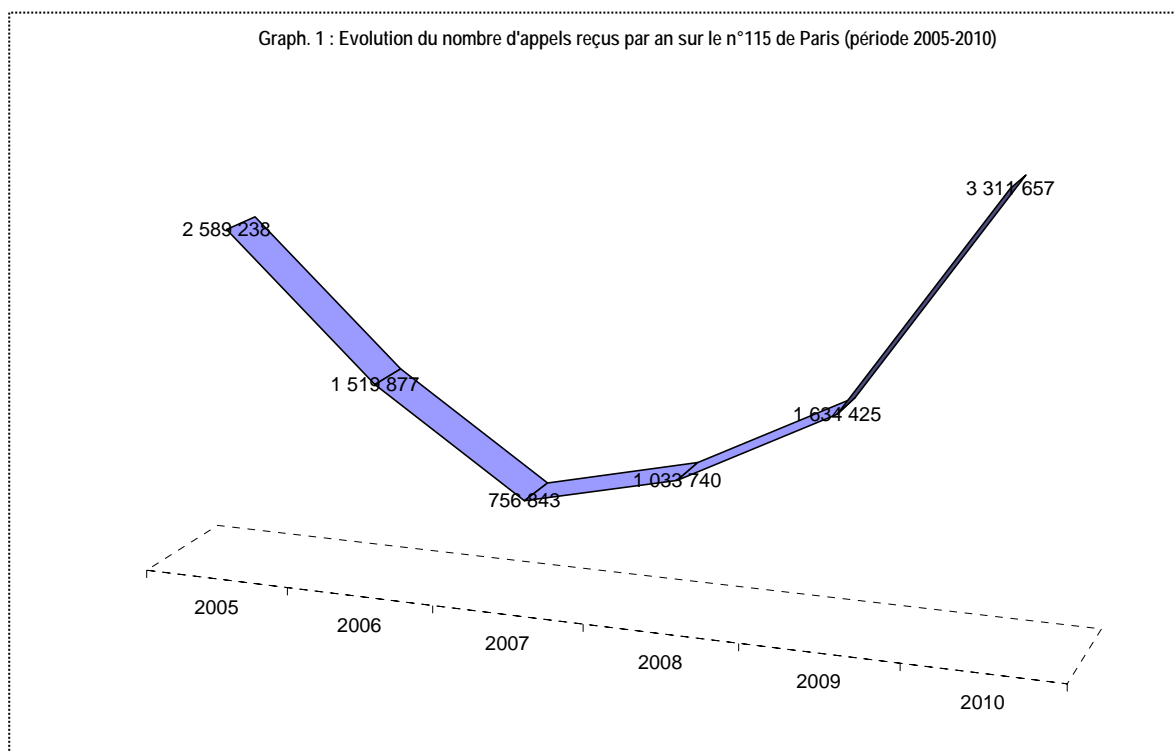
- La réorganisation de la Régulation entre 2005 et 2007 a notamment permis au numéro d'urgence 115 d'améliorer sa disponibilité auprès de ses usagers ; cela s'illustre par la chute des réitérations d'appels (- 1 832 395 appels reçus entre 2005 et 2007).
- La tendance à la hausse de 2008 et 2009 traduit qu'en dépit d'une prise d'appels toujours plus importante en nombre, les usagers sont amenés à réitérer leur appel. Le ratio d'appels répondus sur le nombre d'appels reçus, correspondant au nombre de fois où un usager aura dû réitérer son appel, est passé de 2,3 en 2007 à 2,8 en 2008, puis à 4,0 en 2009. L'année 2010 est particulièrement marquée par ce phénomène avec un ratio de 9,6 exprimant ainsi qu'un usager doit composer à 9, voire 10 reprises, le numéro d'urgence avant d'obtenir satisfaction.
- L'année 2010 a été fortement marquée par une mobilité des personnels. Sur les 40 ETP écoutants sociaux que compte le n°115, au 31/12/2010 : 18 ETP ont moins de 6 mois de présence (45%), 12 ETP ont entre 6 mois et 1an de présence (30%) et 10 ETP sont présents depuis un an et plus (25%). Soit un renouvellement des effectifs à hauteur de 75 % (les renforts hivernaux n'ayant pas été pris en compte dans ce calcul). (cf. Graphique)

Le nombre de vacances de poste en journée cumulées du 1er janvier au 31/08 a atteint 616 jours et s'est régulé par la suite. Ces éléments permettent d'expliquer une difficulté importante de prise d'appels. 616 jours sur les 8 premiers mois de l'année n'ont pu être couverts, soit plus de 2 ETP en journée non pourvus. Dans ce contexte le manque d'expérience des écoutants sociaux a impacté sur l'efficacité de la régulation.

Ancienneté des écoutants au 31 décembre 2010



■ Ecouteur moins de 6 Mois de présence ■ Ecouteurs présents de 6 mois à 1 an □ Ecouteurs présents depuis plus de 1 an



[Le mécénat de compétence BlueLink : un engagement social et participatif](#)

Bluelink s'implique depuis maintenant trois ans auprès du GIP [Samusocial](#) de Paris. Le groupe affirme ainsi sa volonté de contribuer à l'amélioration de ses pratiques sociales.

Cet engagement prend la forme concrète d'un mécénat de compétence par la mise à disposition au 115 de 5 équivalents temps plein (soit 10,4% de l'effectif « écoutant social ») :

- Un détachement de personnels volontaires pour une durée de six mois renouvelable une fois. Une nouvelle convention, en cours de rédaction, pourrait prévoir 3 reconductions. Durant cette période, les conseillers demeurent salariés de Bluelink,
- Des réunions d'étape trimestrielles qui permettent d'échanger autour du partenariat,
- Des contacts permanents entre les représentants de chaque structure afin d'assurer le meilleur suivi des salariés du groupe.

Depuis octobre 2008, 15 conseillers ont ainsi renforcé la régulation du numéro d'urgence 115. Sept d'entre eux ont souhaité renouveler leur expérience au sein de ce service pour une durée de 6 mois.

Ainsi leur participation représente, une valeur ajoutée significative : avec un volume de 33 291 appels décrochés en un an, ils contribuent, à hauteur de 9,6% des appels pris, à l'efficacité du dispositif d'urgence.

Le dispositif maraudes

L'activité des maraudes s'apprécie sur la base des rencontres effectuées, des différentes prestations apportées aux usagers (en termes de soins ou d'entretiens sociaux) opérées ou encore des distributions réalisées (vestimentaire ou alimentaire). Ces données, recensées dans le tableau suivant, relèvent de la période 2006-2010.

Activité des équipes mobiles de nuit en 2006, 2007, 2008, 2009 et 2010

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Nombre total de rencontres | 41 938 | 41 696 | 43 377 | 39 646 | 30 064 |
| <i>dont celles en maraudes</i> | <i>27 220</i> | <i>28 876</i> | <i>28 684</i> | <i>24 473</i> | <i>14 757</i> |
| <i>dont celles sur signalements</i> | <i>14 218</i> | <i>12 820</i> | <i>14 693</i> | <i>15 173</i> | <i>15 307</i> |
| Nombre de transports et prises en charge | 15 949 | 14 699 | 13 661 | 13 969 | 15 501 |
| <i>dont ceux en maraude</i> | <i>8 999</i> | <i>8 186</i> | <i>6 355</i> | <i>5 793</i> | <i>5 272</i> |
| <i>dont ceux sur signalements</i> | <i>6 950</i> | <i>6 513</i> | <i>7 306</i> | <i>8 176</i> | <i>6 655</i> |
| Prestations à la rue | | | | | |
| Nombre de soins infirmiers prodigués | 843 | 1 350 | 1 333 | 1 230 | 1 411 |
| Nombre d'entretiens sociaux effectués (1er Samu) | 1 331 | 1 330 | 1 329 | 1 025 | 1 325 |
| Distribution | | | | | |
| Nombre de distributions alimentaires | 13 537 | 13 563 | 15 180 | 15 358 | 15 359 |
| Nombre de distributions duvets et vêtements | 5 764 | 4 707 | 6 204 | 4 523 | 4 552 |

A noter :

- Le nombre de rencontres effectuées par les équipes mobiles de nuit a baissé de 24% entre 2009 et 2010. Cette baisse significative s'explique notamment par un nombre de prises en charge plus important (+10%, passant de 13 969 transports en 2009 à 15 501 en 2010, le temps consacré, par nuit, aux personnes transportées est donc en augmentation) ainsi qu'un nombre d'intervenants sur le terrain en forte progression. Cette diminution peut également s'expliquer par des modifications de comportement des personnes à la rue préférant les sites cachés que l'exposition à la rue.
- Le nombre de soins infirmiers prodigués a progressé de 14% entre 2009 et 2010, cette augmentation des sollicitations auprès des IDE témoigne d'une fragilité plus importante des personnes en situation de rue et des difficultés d'accès aux soins proposés par les services hospitaliers parisiens.
- En 2010 les équipes mobiles du [Samusocial](#) de Paris ont pris en charge 15 familles, soit 41 personnes les conduisant essentiellement en centre d'hébergement d'urgence. La forte activité des demandes de familles en situation de rue et l'heure tardive des appels expliquent ce recours aux maraudes pour ce public.

[Les équipes du dispositif maraudes](#)

Les équipes du Dispositif Maraude assument trois fonctions dans le cadre de leur activité : le traitement des signalements parvenant au numéro d'urgence 115 de Paris, la veille sanitaire et sociale des usagers connus en situation de rue et une fonction de maraude qualifiée de « pure » qui permet d'aller à la rencontre des personnes qui n'ont plus la capacité de recourir aux différents dispositifs.

Ces différentes fonctions ont conduit la Régulation à spécialiser certaines de ses équipes - notamment l'hiver (période sensible) - dans le souci d'apporter les réponses les plus adéquates et fonctionnelles aux usagers.

[La Maraude Pure](#)

La maraude pure a effectué 3919 rencontres soit une hausse de 22% par rapport à 2009. Cette activité spécifique de part la méthode utilisée, favorisant le temps de l'échange et axant son intervention autour de l'ancrage territorial de la personne en situation de rue, déplace les modalités de la rencontre dans l'urgence pour s'adapter au rythme et à l'environnement choisi par la personne. Les équipes de la maraude « Pure » sont à ce jour ancrées dans une démarche de création du lien social à l'origine de la mission du [Samusocial](#) de Paris.

[La Maraude Signalements](#)

La maraude signalements se charge de l'ensemble des situations signalées au 115, facilitant ainsi la fluidité de l'activité de nuit globale. Une fois les signalements traités et en l'absence de nouvelle sollicitation, cette équipe poursuit sa nuit en maraudant.

[La Maraude de Jour IDE](#)

L'équipe de la maraude de jour propose un ensemble de prestations, en relais des situations identifiées par les équipes de nuit notamment mais également de sa propre initiative ; ses horaires d'intervention sont ouverts favorisant orientations ou accompagnements vers les dispositifs de droit commun notamment.

En 2010, la maraude de jour a assuré 3 013 rencontres, dont 2 085 en maraude et 928 en signalement. Ces rencontres ont été suivies dans 611 cas par un accompagnement vers une structure d'orientation ou d'hébergement ; 261 soins ont été prodigués soit une hausse 9% par rapport à 2009 (137 soins) par l'infirmière.

[Les moyens d'hébergement mis à disposition de la Régulation](#)

Les possibilités d'hébergement constituent un outil primordial de re-création du lien social, notamment quand il s'agit de la principale demande adressée à la Régulation, tant par les usagers eux-mêmes que par les professionnels qui les accompagnent. L'hébergement reste le moyen privilégié pour - en relais - permettre la mise en place d'une orientation sociale ou d'une procédure de soin.

L'analyse des moyens d'hébergement se fonde sur deux données :

- Les demandes pourvues, désignent le nombre de fois où la Régulation est sollicitée et peut répondre favorablement à la demande d'hébergement,
- Les demandes non pourvues, désignent le nombre de fois où la Régulation ne peut répondre favorablement à une demande d'hébergement faute de places suffisantes.

Les tableaux ci-dessous reprennent le détail de ces demandes des personnes isolées (hors LHSS) ayant recours au numéro d'urgence 115 de Paris, par tranche d'âge et par sexe, pour les années 2006 à 2010.

Demandes pourvues par le numéro d'urgence 115 de Paris de 2006 à 2010²

| | < 25 ans | | de 25 à 49 ans | | 50 ans et + | |
|------|----------|-------|----------------|-------|-------------|-------|
| | H | F | H | F | H | F |
| 2006 | 3 119 | 1 189 | 41 718 | 8 188 | 20 450 | 4 278 |
| 2007 | 2 307 | 754 | 41 224 | 5 955 | 20 242 | 3 867 |
| 2008 | 3 316 | 1 230 | 47 320 | 8 238 | 18 860 | 4 127 |
| 2009 | 8 780 | 885 | 69 309 | 7 497 | 21 278 | 3 914 |
| 2010 | 9 981 | 1 456 | 76 357 | 9 182 | 23 885 | 4 462 |

Demandes non pourvues par le numéro d'urgence 115 de Paris de 2006 à 2010³

| | < 25 ans | | de 25 à 49 ans | | 50 ans et + | |
|------|----------|-----|----------------|-------|-------------|-------|
| | H | F | H | F | H | F |
| 2006 | 2 514 | 576 | 25 890 | 2 701 | 8 474 | 1 144 |
| 2007 | 1 741 | 651 | 20 188 | 3 748 | 5 624 | 1 828 |
| 2008 | 2 167 | 737 | 24 741 | 4 197 | 7 852 | 1 611 |
| 2009 | 2 289 | 625 | 20 672 | 4 825 | 7 994 | 1 839 |
| 2010 | 1 257 | 540 | 11 864 | 2 181 | 4 497 | 889 |

A noter :

- L'année 2010 a été également marquée par la mise à disposition de places d'hébergement plus nombreuses par les organismes de tutelle, les partenaires associatifs et institutionnels ; ces places étaient coordonnées par la Régulation. Sans distinction d'âge ou de sexe, cette dynamique se retrouve dans l'évolution des demandes pourvues depuis 2007, passant de 74 349 demandes pourvues en 2007 à 83 091 en 2008 (soit +11,8%), 111 663 demandes pourvues en 2009 (soit + 34,4%), puis 125 323 demandes pourvues en 2010 (soit +12,2%).
- Contrairement à l'année 2009, où l'on avait constaté une augmentation des demandes pourvues pour les hommes (+ 43,0 %) et une diminution des demandes pourvues pour les femmes (+9,6 %), l'année 2010 est marquée par une augmentation de demandes pourvues pour tous : 99 367 en 2009 contre 110 223 en 2010 pour les hommes, soit une augmentation de 10,9%, et 12 296 en 2009 contre 15 100 en 2010 pour les femmes, soit une augmentation de 22,8%.
- 2010 marque par ailleurs une diminution des demandes non pourvues de 34,2% entre 2009 et 2010 avec 32 244 demandes non pourvues en 2009 contre 21 228 en 2010, ces données ne peuvent être mises en lien direct avec une augmentation de l'hébergement. En effet, le numéro d'urgence 115 n'a pu répondre de manière efficace. Il a vu doubler le nombre d'appels totaux et à enregistré une diminution d'appels pris de 15% par rapport à 2009. Les données de 2010 ne permettent pas d'avoir une idée réelle des personnes laissées à la rue malgré une augmentation des demandes pourvues.

La Régulation et ses partenaires :

Comme dans les années antérieures, le développement des partenariats et le renfort des réseaux du **Samusocial** de Paris ont permis de mieux coordonner ses actions.

Pour chaque thème, un coordinateur travaille en binôme avec un écoutant social sur un partenariat spécifique, l'ensemble étant supervisé par une adjointe à a Responsable de la Régulation, en charge de la Vie de Service.

² Le nombre de demandes pourvues est différent du nombre de nuitées attribuées. En effet, une demande peut aboutir à une ou plusieurs nuitées.

³ Ces données sont issues des rapports quotidiens d'activité. Il s'agit de données brutes, non retraitées, dont les résultats peuvent varier par rapport aux analyses effectuées sur les données annuelles, apurées, issues du logiciel 4D (cf annexe consacrée aux usagers du 115).

Les thèmes abordés en 2010 étaient les suivants :

- L'accès au dispositif d'Urgence : Les ESI parisiens, l'ESI Familles, les dispositifs de maraude (BAPSA avec laquelle une convention a été établie le 19/11/2009, la Croix Rouge Française, l'Ordre de Malte, les TAM, la Protection civile...), les 115 d'Ile-de-France,
- Les Hébergements d'Urgence : Centres d'Hébergement d'Urgence, Pavillon Gaudart d'Allaines, PHRH (Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière), Le Centre Israélite de Montmartre,
- La Post Urgence : Para FTDA, CHRS AFTAM Clichy, SOLIBAIL, Cité St Martin, les centres de continuité, les centres de stabilisation,
- Les Orientations spécifiques : Dispositif Charonne, Dispositif SAO, ANAEM, AGE MOISE, CASP Eglantine, Cité St Martin,
- La Santé : SOLIPAM, Hôpital Mère-Enfant, l'AP-HP, l'EMLT (Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose),
- L'Accès aux Droits, Accompagnement social et Vie quotidienne : ADSP, CIMADE, PSA (Chemin Vert, Bastille et Belleville), les Services Sociaux Départementaux Polyvalents, CRIP 75, la Fondation Nestlé, Paris Tout P'tits, ASA (Août Secours Alimentaire),
- Les plateformes familles : APTM (Association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et leurs familles), OMF (Ordre de Malte France), CAFDA (Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile), Plate-forme des régularisés (3 GIP),
- La coordination des maraudes : Coordination du plan hivernal (CASVP, TAM, OMF, Protection Civile de Paris, CRF), participation à l'audit pour une coordination des maraudes d'intervention sociale à Paris.

Par ailleurs, dans un objectif de meilleure coordination avec ses partenaires, la Régulation participe régulièrement aux Réunion Précarité mises en place par les mairies d'arrondissement (1^{er} 2^{ème} 3^{ème} Arr, 14^{ème} et 17^{ème}) et pour certaines d'entre elles en coopération avec la FNARS (9^{ème}, 10^{ème} 13^{ème} et 18^{ème} Arr).

Enfin, dans le cadre de ses partenariats internes, la Régulation s'appuie sur les huit médecins du [Samusocial](#) de Paris qui se relaient 24h/24 afin de réguler les demandes de LHSS émanant du 115 Paris. 1 986 demandes de LHSS ont été formulées en 2010 dont 1 302 accordées après la validation obligatoire du médecin d'astreinte (345 prises en charge de nuit et 957 de jour).

- Séminaires Maraude :

Depuis le 1^{er} décembre 2009 la Régulation organise des sessions de formation en direction des partenaires du [Samusocial](#) de Paris. Formation centrée autour des techniques et méthodes d'intervention de maraude, la régulation a ainsi partagé son savoir-faire avec 47 personnes dont 32 bénévoles et 15 professionnels, issues de différentes structures (Restos du cœur, Enfants du Canal, Secours Islamique etc.).

L'ESI « la maison dans le jardin »

Points marquants en 2010

Nouvelle convention de financement :

Une nouvelle convention relative au financement par le Département de Paris de l'Espace Solidarité Insertion « La maison dans le jardin » a été signée le 7 janvier 2010. Elle couvre la période du 1^{er} janvier 2010 à la date d'échéance de la convention constitutive du GIP [Samusocial](#) de Paris, dans la limite d'une durée de trois ans.

Nouveau partenariat avec le bus social dentaire :

Depuis le 24 août 2010, le bus social dentaire intervient deux fois par semaine et propose des consultations sur le site de l'ESI, le mardi (consultation de jour ouverte au tout venant, y compris les usagers majeurs orientés par d'autres associations) et le mercredi après-midi (consultation ouverte sur rendez-vous permettant la continuité des soins).

Objectifs :

- Favoriser pour les dentistes l'accès aux données médicales des usagers connus,
- Assurer des soins dentaires en lien avec le médecin de l'ESI (et en lien avec les LHSS),
- Gérer les piluliers d'usagers mis sous traitement,
- Présence chaque mardi, de la représentante de la CPAM, qui permet la mise en place ou la réactualisation d'une couverture sociale,
- Mettre les usagers en lien avec le service domiciliation de l'ESI qui peut être sollicité pour faciliter l'ouverture de leurs droits.

307 personnes ont été reçues en consultation en 2010. Cette nouvelle activité a augmenté le nombre de passages à l'ESI les mardis et mercredis.

Mise en place du service domiciliation :

Par arrêté préfectoral n° 2009-158-8 du 4 juin 2009, l'ESI « La Maison dans le Jardin », a obtenu son agrément pour une durée de 3 ans ; il est désormais habilité à recevoir les déclarations d'élection de domicile des personnes sans logement stable pour favoriser leur accès à tous les services de droit commun.

L'ESI est également habilité par arrêté préfectoral n° 2009-267-2 du 22 septembre 2009, à apporter son concours aux personnes sans domicile fixe dans le cadre de leur demande d'Aide Médicale d'Etat.

Le service domiciliation de l'ESI « La Maison dans le Jardin » s'adresse tout particulièrement aux personnes suivies par l'accueil de jour et/ou au sein des missions du [Samusocial](#) de Paris, qui se trouvent en situation de grande exclusion et sont dans l'incapacité d'aller vers d'autres structures.

L'équipe de l'ESI :

Au cours de l'année 2010 ; 7 animateurs, 2 aides-soignants mis à disposition par l'AP-HP, 1 CESF et le responsable adjoint du service ont quitté leurs fonctions.

Ainsi, le nombre important de départs de salariés, les difficultés de recrutement, la formation et l'apprentissage des personnes recrutées n'ont pas favorisé le travail d'équipe.

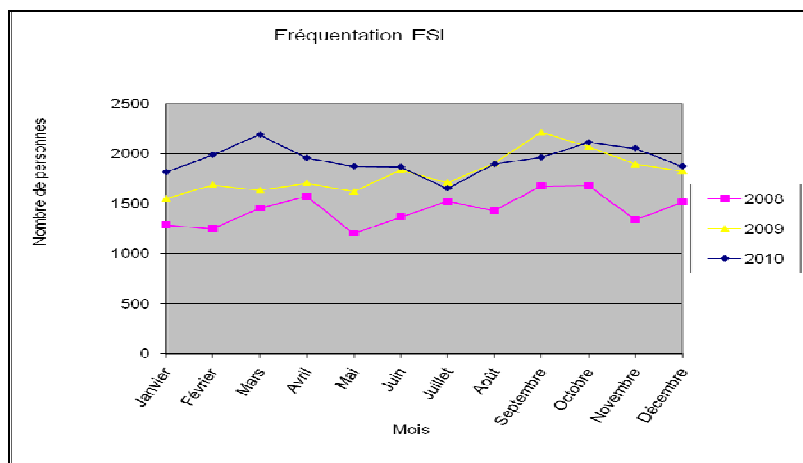
Les ateliers et les sorties

La semaine est ponctuée par différents ateliers proposés aux invités de l'E.S.I : l'atelier jardinage, l'atelier cuisine, l'atelier hygiène, l'atelier femmes, le petit déjeuner des femmes, l'atelier peinture, l'atelier piscine, l'atelier vidéo ainsi que des sorties et séjours de vacances (quatre jours à Portbail (Normandie), quatre jours de VTT en Normandie, une journée pêche à la ligne, trois jours de festival de rue, une exposition au café des petits frères des pauvres et enfin deux repas au restaurant associatif « La Rotisserie »).

L'activité d'accueil du service

La fréquentation des usagers

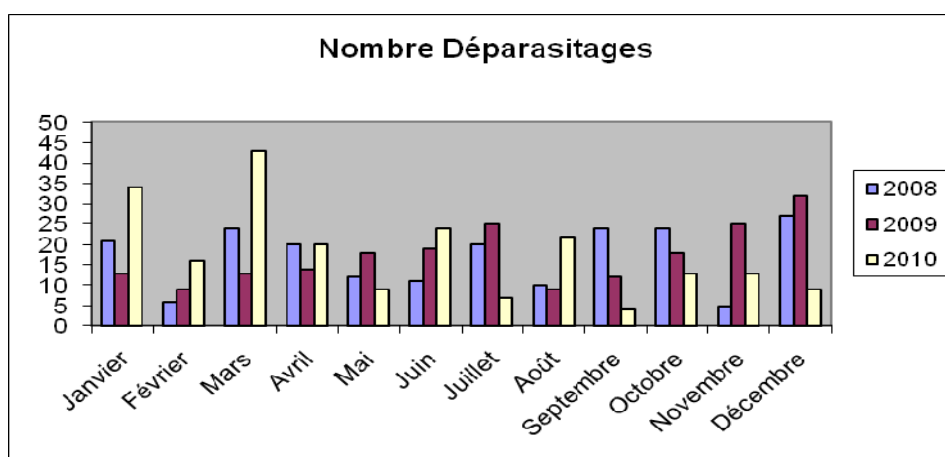
Depuis quelques années, le nombre de passages quotidiens à l'ESI « La Maison dans le Jardin » est en augmentation constante tandis que de nouveaux profils de population apparaissent.



Entre l'année 2008 et l'année 2009, la fréquentation de l'ESI a augmenté de 25%. Entre l'année 2009 et l'année 2010, la fréquentation a crû de 9,5%. Cette augmentation concerne majoritairement les hommes. Le nombre de passage des femmes est constant en 2010 par rapport aux années précédentes. Il représente 7 % de l'activité de la structure.

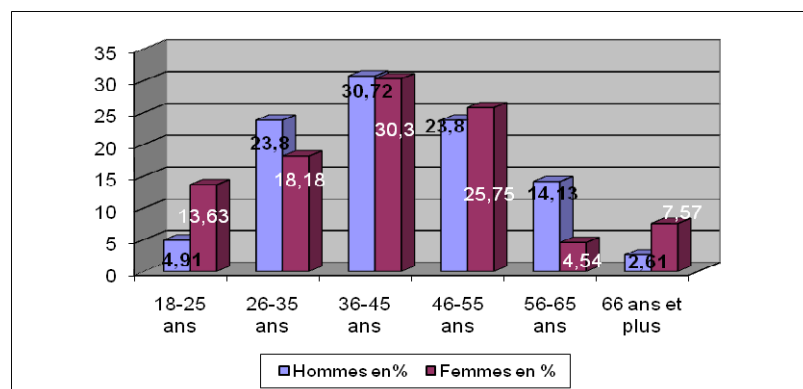
L'activité de l'espace hygiène

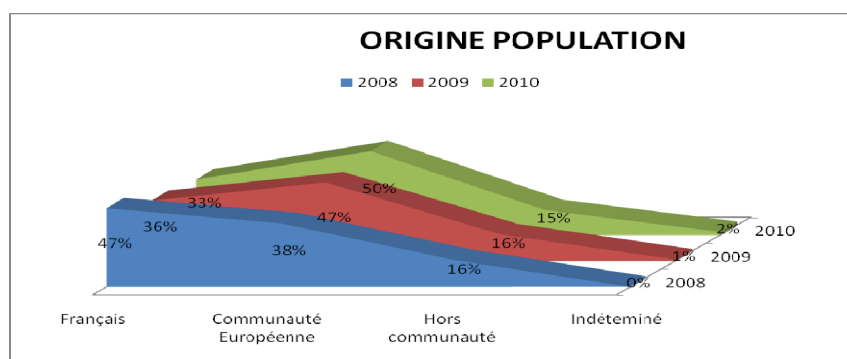
L'activité de l'espace hygiène a augmenté de 15% entre l'année 2008 et l'année 2009. Cette augmentation importante confronte l'équipe à de grosses difficultés de vestiaires. En ce qui concerne l'année 2010, l'activité de cet espace est sensiblement la même. Le cycle des machines et le temps d'ouverture ne permettent pas d'augmenter « les cadences ».



Le nombre de déparasitages est sensiblement le même pour l'année 2010 que pour l'année 2009.

Les caractéristiques et les origines de la population





Les ressources des usagers

| Ressources des usagers | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------------------|-------|------|-------|
| Sans ressource | 52% | 65% | 67,5% |
| RMI ou RSA | 18,5% | 17% | 17,0% |
| AAH | 8,5% | 6% | 5,5% |
| ASSEDIC | 2,5% | 2% | 2% |
| Retraite | 4% | 4% | 4% |
| Salaires & IJ | 2% | 2% | 2% |
| Pension invalidité & rentes | 1% | 1% | 1% |
| Autres | 11,5% | 3% | 1% |

L'augmentation du nombre de personnes sans ressource entre l'année 2008 et 2009 est de 25% ; entre l'année 2009 et 2010, elle est de 4%. Pour l'année écoulée, 67,5% d'entre elles sont en rupture administrative et ne bénéficient d'aucune ressource.

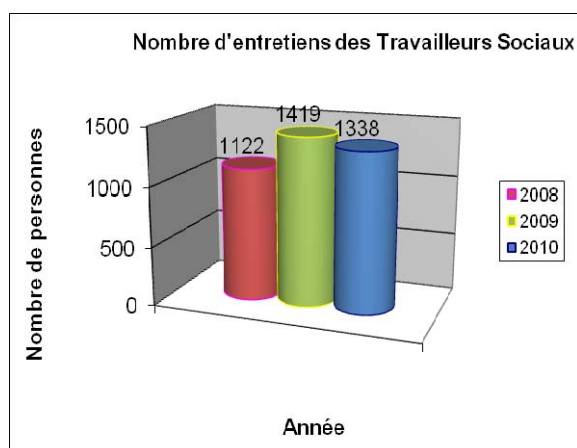
Le profil des usagers

| Temps d'errance de la population | 2008 | 2009 | 2010 |
|----------------------------------|-------|------|-------|
| Plus de 5 ans d'errance | 22% | 19% | 15,5% |
| De 1 an à 5 ans d'errance | 32,5% | 22% | 29,5% |
| De 1 mois à 1 an d'errance | 19,5% | 25% | 30% |
| Moins de 1 mois d'errance | 4,5% | 17% | 6% |
| Passages ponctuels | 17,5% | 8% | 15,5% |
| Temps d'errance indéterminé | 4% | 9% | 3,5% |

La particularité de l'ESI « La Maison dans le jardin » est de recevoir des personnes en situation de grande exclusion. Ces statistiques donnent à voir que le nombre d'usagers en errance de un mois à un an est en constante augmentation et les usagers en situation d'errance de 1 mois à 5 ans représentent 60% de l'effectif.

| Couverture sociale | 2010 |
|------------------------------|------|
| Sans couverture sociale | 28% |
| sécu de base ou CMU de base | 9% |
| Sécu de base + CMUC | 33% |
| Sécu de base + mutuelle | 2% |
| Sécu de base + AME partielle | 0% |
| AME | 22% |
| 100% | 2% |
| Indéterminé | 4% |

Le travail de suivi social



Deux travailleurs sociaux reçoivent sur demande les personnes en quête de démarches personnelles, les informent de leurs droits et les aident à y accéder ou à les maintenir.

Une conseillère sociale est disponible l'après midi sur le lieu de vie. Ces rencontres informelles favorisent l'écoute afin de proposer une orientation adaptée et rapide selon les besoins exprimés.

Le nombre d'entretiens des travailleurs sociaux a augmenté de 25% entre l'année 2008 et 2009. En 2010, un poste de travailleur social a été vacant 3 mois suite à une démission. De ce fait, le nombre d'entretiens réalisés a légèrement diminué au cours de l'année.

Détail de l'activité des travailleurs sociaux

| | |
|---------------------------------------|-------|
| Entretien-Ecoute | 18,7% |
| Entretien conseil | 14,4% |
| Entretien Orientation | 11,7% |
| Accompagnement | 3,0% |
| Réfection de CNI | 0,2% |
| Réfection passeport | 0,7% |
| Demande autres titres de séjour | 0,2% |
| Demande extrait acte de naissance | 1,2% |
| Mise à jour revenu | 2,6% |
| Mise en place retraite | 0,4% |
| Mise en place autres revenus | 0,1% |
| Dossier CDAPH AAH | 0,4% |
| Identification ressources | 0,2% |
| CMU | 0,1% |
| CMUC | 3,2% |
| AME | 7,6% |
| Interrogation CPAM | 0,4% |
| Crédit d'impôt | 0,7% |
| Dossier Aide sociale | 0,1% |
| RS hébergement | 1,7% |
| Impôts | 1,0% |
| Domiciliation | 4,4% |
| Relais avec partenaire | 12,7% |
| Demande de carte solidarité transport | 2,3% |
| Envoi dossier CST | 1,8% |
| Demande remise gracieuse de dette | 0,3% |
| Demande réexpédition courrier | 0,1% |
| Arrêt de réexpédition de courrier | 0,1% |
| Changement d'adresse | 0,5% |
| Autres | 8,3% |

L'activité médicale de l'ESI : Voir département médical.

Héberger et Orienter

Le Pôle de l'Hébergement et du Logement

- Les Centres d'Hébergement d'Urgence Montrouge et Yves Garel,
- La Maison des Femmes,
- La Pension de Famille : « L'Alchimie des Jours ».

Le pôle de l'hébergement et du logement

2010 est une année marquée par le suivi des projets des futurs centres d'hébergement (CHU Romain Rolland, CHU temporaire Oscar Roty et CHU Popincourt) et par la coordination et le maintien de l'activité habituelle proposée dans les centres d'hébergement d'urgence dans un contexte qui a été parfois délicat à gérer (état des locaux, grève des personnels...). Quant à la Maison des Femmes et à la Pension de Famille, elles ont permis des prises en charge adaptées qui ont abouti à des sorties pérennes du dispositif d'urgence.

LE CENTRE D'HEBERGEMENT D'URGENCE MONTROUGE

L'action du Centre d'Hébergement d'Urgence de Montrouge est conforme au cahier des charges de la DDASS/DGAS, à la circulaire du 09/03/2000 et aux différents textes de référence relatifs à l'hébergement d'urgence. Ce centre a une capacité d'accueil de 66 places dédiées aux hommes majeurs.

Le travail social

Le service social du CHU de Montrouge compte une Assistante Sociale et une Conseillère en Economie Sociale et Familiale. Les hébergés sont reçus en matinée sur inscription. La seule condition d'accès au service social est d'avoir dormi au centre la nuit précédente.

L'action du service social du CHU se situe dans la continuité de l'orientation assurée par le 115 et du travail effectué par les EMA : le service social doit avant tout repérer les personnes dans le CHU qui souhaitent être reçues, tisser du lien, travail essentiel auprès du public en grande exclusion. Les principales missions sont l'accueil, l'écoute et l'orientation. Cette intervention sociale est à la fois ponctuelle, pour des personnes qui ne sont reçues qu'une fois, mais peut s'inscrire dans la durée, dans le cadre d'un suivi prolongé.

Lors des entretiens sociaux, la situation administrative et les demandes des usagers sont évaluées afin de les orienter vers les services proposés par le CHU (médecin, infirmier psychologue, espace hygiène) et vers les services extérieurs de droit commun. Ces entretiens sont individuels et confidentiels. Les conseillères sociales prennent le temps de connaître l'hébergé, d'écouter ses besoins et ses envies afin d'établir un projet individualisé correspondant à sa situation. Ce suivi peut ainsi durer plusieurs années.

8% (contre 10% l'année précédente) des personnes n'ont été reçues qu'une seule fois : on note une augmentation du nombre de suivis engagés. Le service social du CHU de Montrouge assure de plus en plus de suivis sociaux au long court.

Au cours de l'année 2010, le service social a reçu 573 personnes différentes et effectué 3 265 entretiens sociaux, soit plus de 500 entretiens par rapport à l'année précédente.

- Environ 70% des personnes reçues ont été orientées par le 115,
- Plus de 23% des personnes reçues ont été prises en charge par les EMA,
- Environ 8% étaient des 1ers Samusociaux.

La population reçue par le service social du CHU de Montrouge est hétéroclite quant aux tranches d'âge, aux origines et aux problématiques rencontrées.

- Les 18-25 ans représentent 6% des personnes reçues,
- Les 26-35 ans représentent 21% des personnes reçues,
- Les 36-45 ans représentent 29% des personnes reçues,
- Les 46-55 ans représentent 24% des personnes reçues,
- Les 56-65 ans représentent 15 % des personnes reçues,
- Les 65 ans et plus représentent 5% des personnes reçues.

Sur les 573 hommes reçus, plus de 44% sont originaires de France et environ 10% de la CEE. Ces chiffres se rapprochent de ceux de l'année précédente. Par ailleurs, les problématiques des personnes sont complexes et variées : alcoolisme, toxicomanie, problématiques psychiatriques, problèmes médicaux.

Au niveau des ressources, environ 49% des personnes reçues sont sans revenu, 22% sont bénéficiaires du RSA et environ 9% perçoivent l'AAH. Par ailleurs, 14 hébergés ont perçu un salaire déclaré.

L'ouverture du CHU Jean Rostand pendant les cinq premiers mois de l'année a permis d'orienter des personnes en attente d'une solution pérenne (type CHRS ou résidence- service). Cela a également permis de positionner, sur le quota

de prolongations des conseillères sociales, des personnes en grande exclusion dont le suivi social nécessitait plus de temps.

Par ailleurs, il y a davantage de dossiers d'ouverture de droits à la Sécurité Sociale qu'en 2009 (40 dossiers de CMUC, 31 dossiers de demandes AME).

Concernant les orientations de sorties pérennes du centre, 30 personnes ont obtenu une place en foyer de stabilisation, 6 en CHRS et 7 en hôtel au mois. 21 hébergés ont été orientés vers un LHSS.

Le partenariat interne au Samu Social de Paris

La collaboration avec le 115 se fait notamment via l'outil informatique ALOHA (4D). Cet outil permet de noter certaines informations telles que les dates de rendez-vous extérieurs, les orientations ... afin que ces éléments puissent être rappelés aux hébergés lors d'un prochain appel.

Le service social travaille également en collaboration avec l'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose puisque le service social du centre assure, avec le travailleur social de cette équipe, un suivi social commun des personnes prises en charge par ce dispositif.

Depuis fin 2010, des réunions trimestrielles sont organisées avec les travailleurs sociaux présents dans les EMA afin de mieux coordonner leurs actions.

Les partenariats externes

Un agent de la CPAM assure une permanence un jour par semaine à l'accueil de jour du [Samusocial](#) de Paris. Cet agent est sollicité pour connaître les droits ouverts des hébergés au régime de la sécurité sociale et lui sont transmis les dossiers de CMU, CMUC, AME ou Aide à la Mutualisation.

Les organismes tels que la CAF, le Pôle Emploi, la CIMADE, France Terre D'Asile sont des contacts réguliers pour le service social ; ce dernier peut faire appel à un dispositif d'interprétariat par téléphone en cas de besoin.

Des cartes de repas mensuelles sont à la disposition des conseillères sociales, pour le midi et pour le soir, par le biais de l'association Aurore (restaurant Santeuil) et du centre Baudricourt.

Pour ce qui est du suivi social, les conseillères sociales du centre travaillent en partenariat avec les PSA Bastille et Belleville (22% des personnes reçues en 2010 sont suivies par l'un des deux services), les travailleurs sociaux des CMP, des hôpitaux, des services tutélaires, des structures d'hébergement, des accueils de jour ou autres associations (16% des personnes rencontrées ont un suivi social dans une association). Néanmoins, 46% des personnes rencontrées n'ont pas de suivi social à l'extérieur.

Les difficultés rencontrées

Le service social du CHU de Montrouge assure de plus en plus de suivis sociaux. Il reste cependant difficile de progresser dans les démarches lorsque les hébergés sont orientés par le 115 ou les EMA puisque la prise en charge n'est que pour une nuit. Les 11 places de prolongations restent largement insuffisantes quant au nombre de suivis engagés.

Par ailleurs, il reste difficile d'accéder aux places en CHRS, en stabilisation, en CADA et en centre de cure compte tenu du nombre limité de places.

D'autre part, pour les personnes de plus de 60 ans pouvant prétendre à une résidence sociale, la constitution du dossier d'aide sociale se complexifie (nombreux justificatifs à fournir). Les délais d'attente de réponse sont de plus en plus longs ; par conséquent, cette attente se répercute sur les durées de prolongation.

L'ouverture des droits à la sécurité Sociale constitue une part importante du travail mais le nombre insuffisant de permanences assurées à l'ESI retarde considérablement les dossiers.

Perspectives et attentes du travail social

Il est prévu de mettre en place des réunions mensuelles avec les équipes de nuit afin d'aborder les projets mis en place avec les hébergés. Afin de mieux repérer les attentes du public (nécessité d'un espace hygiène, vestiaire, consultations médicales et sociales) et de coordonner leurs accompagnements, il semble nécessaire de retravailler avec l'équipe de jour.

Les travaux

Différents travaux d'aménagement ont été réalisés et/ou engagés, outre les interventions quotidiennes de remise en état ou de réparation. Parmi celles-ci :

- Conformité Chaufferie, entretien/nettoyage des cuves à mazout,
- Devis Espace Hygiène avec la société AET,
- Mesure d'empoussièrément d'amiante des bâtiments en préfabriqués,
- Accessibilité du CHU.

LE CENTRE D'HEBERGEMENT D'URGENCE YVES GAREL

Le CHU Yves GAREL, situé dans le 11^{ème} arrondissement, accueille tous les jours de l'année un public mixte, majeur, dans le contexte d'un hébergement d'urgence de courte durée. Il reçoit, via le numéro d'urgence 115, 38 femmes dont 2 places « maitres animaux » et 70 hommes à partir de 19h15 jusqu'à midi le lendemain.

L'hébergement se fait en chambres collectives de 2 à 6 personnes, les séjours variant de 1 à 7 nuitées, chacun bénéficiant d'un dîner et d'un petit déjeuner. Le 3 novembre 2010, la capacité d'accueil du centre s'est vue diminuer. Il accueille 38 femmes dont 2 places « maitres animaux » et 57 hommes, soit un total de 95 personnes.

Les prestations du CHU

Au cours de leur séjour, les personnes accueillies ont l'opportunité de rencontrer divers professionnels présents dans la structure. Des travailleurs sociaux et un médecin sont présents tous les jours de la semaine. Une gynécologue, une dermatologue et une juriste sont également présents le matin. Le Réseau Souffrance et Précarité assure aussi une permanence hebdomadaire. Par ailleurs, le centre est aménagé afin de permettre aux hébergés de se poser le temps d'une soirée.

L'hygiène des personnes

Proposer aux personnes hébergées la possibilité de se doucher et de se sentir propre est une des missions du CHU. Leur accompagnement est souvent nécessaire et il est principalement réalisé par les animateurs. Bien qu'il ne concerne pas tous les hébergés, il constitue à lui seul une part importante de leur activité : des espaces sanitaires sont situés à chaque étage de la structure, certains étant aménagés pour les personnes à mobilité réduite.

Le travail social

La place du service social au sein du CHU Yves GAREL

Depuis 2009, le service social est pleinement intégré au CHU car il est désormais placé sous l'autorité du responsable de la structure. L'équipe sociale est composée de 3 salariés à plein-temps .

Le service social dans le CHU

Le service social a rencontré environ un quart des 2630 personnes ayant passé au moins une nuit au sein du Centre.

Durant l'année 2010, le service social a ainsi reçu 415 hommes (68%) et 191 femmes (32%), soit un total de 606 personnes différentes, ce qui est stable par rapport à l'année précédente.

Le nombre total d'entretiens s'élève en 2010 à 2 765 (contre 2 121 entretiens en 2009), soit une augmentation d'environ 30% sur un an. Bien que ces chiffres puissent être surestimés, ils reflètent néanmoins une tendance : il y a de plus en plus de « suivis » des personnes hébergées. Les personnes reçues sont majoritairement orientées par le 115 (entre 55 et 70% des séjours) et près d'un séjour sur 5 est proposé à l'issue d'une orientation via les EMA (50% avec rapports des travailleurs sociaux de nuit).

Concernant les origines géographiques des personnes reçues :

- 41% sont d'origine française,
- 8% sont issues de la CEE,
- Environ 1 personne reçue sur 2 est d'origine étrangère (hors CEE).

Ces chiffres sont sensiblement les mêmes qu'en 2009. Par expérience, les travailleurs sociaux ont constaté qu'une large partie des personnes reçues ne dispose pas de documents d'identité, soit parce qu'elles les ont perdus, soit parce qu'elles sont en situation administrative irrégulière sur le territoire.

Concernant les ressources :

- 1 personne reçue sur 2 ne dispose d'aucune ressource (47%),
- 1 sur 5 perçoit le RSA (18%),
- 1 sur 10 l'AAH (11%).

Concernant les couvertures santé :

- 25 % des personnes reçues possèdent la CMU ou la CMUC,
- 16% des personnes reçues n'ont aucune couverture,
- 16% ont l'AME.

Concernant les orientations à la sortie du centre :

- Près de la moitié des séjours ont donné suite à une orientation vers le 115 (49%),
- Les personnes sont parties d'elle-même dans 8% des cas,
- Et malheureusement, les sorties vers des structures d'hébergement pérennes dépassent rarement les 1 ou 2% en fonction du type de structure (ex : 1% des séjours suivis par les conseillers sociaux du centre ont donné lieu à une prise en charge en centre de stabilisation).

Concernant l'âge des personnes reçues (différent selon le sexe) :

- La majorité des hommes reçus (52% d'entre eux) ont entre 36 et 55 ans,
- Chez les femmes, ce sont les 26-45 ans qui sont majoritaires (54%),
- En valeur relative, la population reçue homme est donc plus âgée que la population femme,
- Concernant les femmes, l'Observatoire du Samusocial de Paris note que les femmes les plus âgées, bien que bénéficiant des hébergements les plus longs, sont moins connues du service social. Dans la plupart des cas, elles « fuient » le centre très tôt le matin ou sont dans une incapacité psychique à se projeter en dehors du centre et de la rue.

Enfin, données importantes dans les missions de mise à l'abri du [Samusocial](#) de paris : sur les 1 066 « premiers Samu » reçus dans le centre en 2010, le service social en a reçu 362, soit un tiers.

Fonctionnement et missions

Les 1^{er} Samusociaux et les 1^{er} « GAREL » sont incités à rencontrer un travailleur social le jour suivant leur prise en charge. Ce travail s'effectue en lien avec l'équipe Nuit et les animateurs Jour. Des outils (cahier de liaison, fil rouge, débriefing...) et des modes de fonctionnement ont été mis en place en cette fin d'année pour faciliter l'approche de ces personnes.

Partenariat interne

Travail important avec le 115 et les EMA nuit (coordination des places, échanges autour des situations...). Perspectives : poursuivre la coordination des différents acteurs en vue d'améliorer la prise en charge des hébergés.

Partenariat externe

Un travail partenarial permet la poursuite des missions et se fait en collaboration avec un réseau privilégié tels que PSA, CAF, services de domiciliation, CCAS, CPOA et CMP, ambassades et consulats, ESI, ISM, associations diverses. Par ailleurs, un travail de partenariat est effectué avec la CPAM où un référent a été désigné pour le [Samusocial](#) de Paris, la CNAV, ISM (service interprétariat). Ces conventions permettent une meilleure prise en charge des personnes. Le service social est amené à travailler également avec le Réseau Souffrance et Précarité une fois par semaine. Ce réseau permet d'orienter des personnes qui nécessiteraient une évaluation psychologique afin de mieux appréhender la situation.

Dans ces situations, il convient de noter les difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux :

- Le parcours hébergement saturé,
- Les rencontres de personnes avec accès aux droits difficile (sans papiers, ressortissants européens, roumains et bulgares),
- Les grands malades (mobilité difficile, addictions, problèmes psychiatriques lourds). Ces difficultés sont des freins puissants à l'accompagnement social (se rendre vers les différentes structures, émettre des choix, réalité différente...),
- Un travail partenarial parisien difficile (en fonction de la saturation des services, des compétences de chacun, des personnes, des structures inexistantes, des stratégies institutionnelles...),

- Des lenteurs administratives pour beaucoup de démarches qui provoquent un engorgement au sein même du centre et surtout sur les prolongations sociales.

Perspectives du travail social en 2011

Les déménagements et ouverture du centre temporaire Oscar Roty va nécessiter d'aider les usagers à retrouver des repères, prendre des marques au niveau local. Ce centre accueillera un public uniquement masculin.

Les difficultés rencontrées

L'entretien des locaux

Des travaux ont été effectués au mois de septembre pour la réfection de quelques chambres du bâtiment Femmes. Les fuites de la toiture ont été colmatées et les peintures refaites. Reste que depuis plusieurs années le chauffage est défectueux. Le froid ressenti dans les locaux n'a pas touché que les hébergés. Les salariés eux aussi, ont du, au quotidien, travailler dans des conditions difficiles.

LE CENTRE TEMPORAIRE D'HEBERGEMENT D'URGENCE JEAN ROSTAND

Ce centre d'urgence a été ouvert au cours de 2 périodes durant l'année 2010 : du 18 janvier au 31 mai 2010 et du 13 décembre 2010 au 31 mars 2011. Seule la première période est concernée par ce rapport d'activité. C'est dans le cadre de sa campagne hivernale 2009-2010 que les services de l'Etat ont sollicité le [Samusocial](#) de Paris pour ouvrir cette structure dans les locaux de l'ancien hôpital Jean ROSTAND à Ivry sur seine (94).

Objectifs principaux de ce CHU :

- Réorienter les personnes hébergées dans un premier temps dans les gymnases de la Ville de Paris,
- Proposer aux différentes structures du Samusocial de Paris (CHU, LHSS et ESI) une possibilité de continuité d'hébergement pour des hommes suivis et prolongés de longue date et en attente de solutions plus pérennes.

L'ouverture du CHU a eu lieu le 18 janvier 2010 et le 25 janvier 2010, 81 usagers y étaient accueillis. Chaque personne se voit attribuer un lit qu'elle gardera tout au long de son séjour qui n'est pas limité dans le temps. Les chambres accueillent de 1 à 3 personnes. A noter que chacune d'elle est dotée d'un cabinet de toilette avec lavabo et WC, améliorant sensiblement le confort habituel d'un centre d'hébergement d'urgence classique.

Spécificité du centre

Dès son ouverture, le but de cette nouvelle structure a été, avec le concours du service social, de rencontrer chaque personne hébergée pour déterminer avec elle un projet en vue d'une solution de sortie adaptée. L'hygiène est facilitée avec des sanitaires neufs et des chambres refaites. L'admission dans le centre se fait à partir de 20 heures, le repas du soir et le petit déjeuner y sont servis, chaque personne devant quitter les lieux à 10 heures le lendemain sauf si un rendez vous avec une conseillère sociale a été programmé.

Public accueilli

81 hommes à partir de 18 ans, valides et ne nécessitant pas d'assistance médicale, orientés par le CASVP (via les gymnases) ou les différentes structures du [Samusocial](#) de Paris.

Travail social

Les équipes, et particulièrement celle de jour, ont été la courroie de transmission du service social. C'est par celles-ci et par un travail de longue haleine que les situations des hébergés peuvent évoluer.

98 hommes différents ont été reçus et ont bénéficié de 640 entretiens sociaux.

Tranches d'âge

- Moins de 35 ans : 36 %
- Entre 36 et 55 ans : 48 %
- Plus de 56 ans : 16 %

Temps d'errance

- Moins d'1 mois : 15 %
- De 1 mois à 1 an : 41 %
- Plus d'1 an : 27 %
- Indéterminé : 17 %

Nationalités

- 28 % sont français,
- 19 % sont européens (CEE hors France),
- 53 % viennent du reste du monde.

Ressources

- 56 % sont sans ressources,
- 13 % perçoivent le RSA,
- 8 % perçoivent des ASSEDIC,
- 5 personnes perçoivent une retraite,
- 13 % perçoivent un salaire mais seule 1 personne déclare travailler en intérim.

Couvertures sociales

- 35 % des personnes sont sans couverture sociale,
- 39 % ont une CMU avec ou sans complémentaire,
- 26 % ont une AME.

Papiers d'identité

- CNI : 31 %
- Titre de séjour pour soins : 2 personnes,
- Carte de résident : 8 personnes,
- Titre de séjour « vie familiale » : 3 personnes,
- Récépissé de demande de séjour : 6 personnes.

Suivis sociaux et orientations réalisées

- 25 % des personnes sont suivies en PSA,
- 1 personne a intégré un logement, 1 une résidence- service de la Ville de Paris et 1 une résidence sociale,
- 19 personnes ont été orientées en centres de stabilisation,
- 5 personnes sont sorties pour aller vivre chez un tiers,
- 19 personnes ont pu bénéficier d'une prise en charge hôtelière.

Bilan du centre temporaire

Le maintien en hébergement stabilisé a permis aux personnes hébergées de reprendre une véritable dynamique basée sur des suivis sociaux ou médicaux auparavant diffus, voire abandonnés. La rénovation du site avant ouverture, la propreté maintenue des locaux, le projet et la nouveauté des équipes a particulièrement contribué aux résultats encourageants constatés.

LA MAISON DES FEMMES

La Maison des Femmes est un lieu d'hébergement spécifique. L'hébergement proposé est durable, le temps de trouver une solution adaptée à leur situation et de favoriser l'émergence d'un projet personnel. Pour cela, les femmes accueillies bénéficient d'un accompagnement individualisé, spécifique à la situation de chacune.

Objectifs :

- Création d'outils et amélioration de l'accueil des nouvelles résidentes sur la Maison des Femmes ; utilisation du livret d'accueil,
- Mise en place de séjours de rupture,
- Maintien et organisation de la dynamique établie et de la participation des femmes à la vie de la structure.

Les femmes accueillies

En 2010, 12 femmes ont été nouvellement accueillies dans la maison des femmes alors que plus de la moitié de ces femmes ont quitté la maison cette même année.

- Deux femmes ont décidé elles-mêmes de quitter la structure,
- Une fin de prise en charge a été décidée par l'équipe et la personne a été réorientée sur un hôtel,
- 2 femmes ont été réorientées vers le CHU Yves Garel pour non respect du règlement,
- 1 femme a été réorientée vers une structure psychiatrique adaptée,
- 1 femme a quitté la structure pour aller vivre chez un tiers,
- 1 femme a été admise à la Pension de Famille du [Samusocial](#) de Paris.

Au total, 20 femmes (moyenne d'âge de 50 ans) ont été accueillies sur la structure ; toutes venaient d'hébergements d'urgence ou de LHSS.

- 20% ont une activité salariale,
- 40% disposent du RMI,
- 5% perçoivent une retraite,
- 10% ont une Allocation Adulte Handicapé,
- 15% sont sans ressources.

Les outils éducatifs

Le livret d'accueil permet de présenter la structure aux futures résidentes rencontrées lors du processus d'admission. A noter que l'arrivée dans un lieu inconnu n'est pas toujours très facile pour une nouvelle résidente.

Le séjour de rupture proposé en 2010 a permis de faire vivre aux femmes hébergées une expérience marquante et de rompre avec leur quotidien. L'objectif éducatif a été de prendre de la distance pendant un certain temps vis-à-vis du centre, de la rue et de rompre avec ses habitudes quotidiennes.

De nouveaux ateliers en 2010 : jardinage, art-thérapie, tricot et l'atelier « saveurs du monde ».

LA PENSION DE FAMILLE

L'Alchimie des Jours, Pension de Famille du [Samusocial](#) de Paris, a ouvert ses portes en octobre 2004. Elle est constituée de 23 studettes pour personnes seules et 5 studios pour couples. Les résidents sont locataires de leur studio et peuvent prétendre à l'aide personnalisée au logement.

Il est important de rappeler que la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien d'habitat durable. L'intérêt de ce type de structure est d'amener la personne à trouver un équilibre pour pouvoir intégrer un logement de droit commun ou toute autre orientation pérenne.

Les résidents au 31 décembre 2010

Au 31 décembre 2010, 30 résidents habitaient la structure, soit 17 hommes et 13 femmes qui ont entre 47 et 68 ans. La moyenne d'âge est de 57 ans. Les nouveaux locataires seront accueillis en janvier 2011. Le taux d'occupation de la résidence pour l'année 2010 est de 95 %.

Ressources

- 40 % des résidents sont bénéficiaires des minimas sociaux (AAH, RSA, ASSEDIC),
- 17 % perçoivent une retraite (retraite régime général et retraite complémentaire),
- 7 % perçoivent une pension d'invalidité,
- 20 % sont salariés avec complément de salaire (RSA activité ou ASSEDIC),
- 6 % perçoivent un salaire,
- 10 % ne perçoivent aucune ressource.

Départs en 2010

- 2 personnes sont décédées,
- 5 personnes ont bénéficié d'un logement dans le parc social parisien (dossiers Accords Collectifs) dont un retour en province dans le cadre d'un « rapprochement » familial,
- 1 personne a été réorientée en LHSS dans l'attente d'un foyer de vie,
- 1 personne a été hospitalisée en service de psychiatrie.

Sorties de la maison-relais

Les accompagnements individualisés proposés aux résidents ont permis de concrétiser des sorties vers un logement définitif. Il a été par ailleurs mis fin à deux prises en charge (problématiques psychiatriques lourdes et perte d'autonomie importante).

Le travail social est axé sur des projets individualisés.

Le recrutement d'un animateur en 2009 a permis de seconder la responsable dans ses missions. En 2010, l'évaluation des situations sociales a été poursuivie dans le cadre de l'accompagnement individuel. Des projets menés avec les plus anciens de la résidence ont été mis en place pour qu'ils puissent prétendre à un logement autonome.

L'aide à l'appropriation du logement constitue un versant important du travail quotidien avec les résidents :

- Aide à l'investissement du logement (aménagement, évaluations des besoins spécifiques),
- Elaboration d'un travail spécifique en lien avec le logement et les problèmes matériels de tous les jours : aide à l'acquisition de repères pour pouvoir vivre dignement et aller vers une autonomie progressive (entretien du logement, préparation des repas...),
- Apport de connaissances de base sur différents domaines : santé, alimentation, hygiène...,
- Mise en place de services proposés à domicile afin de palier les difficultés (portage de repas, aide à domicile...),
- Préparation à la sortie définitive du logement (visite du logement, dossier FSL, aide au déménagement...).

En 2010, un partenariat avec le centre social du quartier a été mis en place et les résidents ont pu participer à certaines activités (atelier bien être, atelier écriture, atelier multimédia...).

Le développement du partenariat avec des structures du quartier a été maintenu (piscine municipale, atelier culture du cœur, sorties diverses dans des musées ou parcs, Cité de la musique).

Dans la continuité de la prise en charge, des animations sont proposées aux résidents pour leur permettre de sortir de leur isolement. A noter : le partenariat avec le café social des petits frères des pauvres dans le cadre de l'atelier peinture. Les résidents ont pu exposer pendant un mois leurs œuvres et cette collaboration s'est concrétisée par un vernissage et une rencontre avec les personnes fréquentant ce lieu dans le 17^{ème} arrondissement.

Bilan de l'année 2010

La nouvelle organisation mise en place avec la présence des deux travailleurs sociaux a permis la continuité dans le travail social. La problématique de l'addiction à l'alcool est moins marquée cette année mais reste tout de même présente. Le travail d'accompagnement individuel est davantage axé vers les personnes ayant des pathologies nécessitant une prise en charge psychiatrique.

Objectifs pour l'année 2011

Les contraintes budgétaires obligent à une nouvelle organisation en 2011. Cependant les objectifs essentiels restent la promotion de l'autonomie des résidents et le long travail sur les projets de sorties de la résidence. La redéfinition des critères d'admission et la mesure de l'autonomie potentielle de chaque candidat à un logement devraient aider à une meilleure prise en charge dans l'esprit d'origine du projet social qui doit continuer à s'adresser à des personnes issues de la grande exclusion.

Soigner

Le pôle Soins, Médical et Pharmaceutique

- La Direction des Soins
- La Direction Médicale
- La Pharmacie.

Le pôle Soins, Médical et Pharmaceutique

La Direction des Soins

Le GIP Samusocial de Paris gère 170 Lits Halte Soins Santé répartis en 5 sites. Ces lits accueillent des usagers venant de la rue, dont l'état de santé nécessite un temps de repos ou de convalescence. Financés initialement par la CPAM, ces structures médico-sociales relèvent depuis le 1^{er} avril 2010, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France. Le prix de journée a évolué cette année de 100 à 102€ par personne, après trois années consécutives sans augmentation.

Les points forts de l'année 2010

- Ouverture des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) en décembre 2010,
- Finalisation du Dossier Patient Informatisé et de la Pharmacie à Usage Intérieur en collaboration avec le Département Médical et le Service Informatique,
- Accent mis sur le travail social au sein des LHSS,
- Mise en place de réunions médico-sociales par LHSS, véritable instance pluridisciplinaire regroupant le personnel soignant, médical et social du Samusocial de Paris
- Visite ministérielle du dispositif : Mme R. Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et M. B. Apparau, Secrétaire d'Etat chargé du Logement visitent le LHSS St Michel le 15 septembre 2010,
- Organisation du 3^{ème} séminaire du Département des Soins portant notamment sur l'organisation.

Bilan 2010 :

Pour l'ensemble du dispositif LHSS, les obligations réglementaires sont uniformément mises en place :

Le dispositif LHSS regroupe cinq structures médico-sociales pour un total de 170 lits. Chaque LHSS est soumis à un certain nombre de critères réglementaires :

Les outils réglementaires mis en place sont :

- Le projet d'établissement du dispositif LHSS (Projet d'Etablissement / Projet de Soins (PEPS) 2009 – 2013 version 1) qui reprend l'historique des LHSS, décrit chaque structure et présente le projet de soins global du dispositif pour les années à venir,
- Le contrat de séjour pour soins signé entre la structure et la personne hébergée qui a pris la forme d'un Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC). Ce DIPEC cadre les objectifs de soins et les objectifs sociaux de la prise en charge de la personne hébergée en LHSS,
- Le règlement de fonctionnement de chaque LHSS,
- Le livret d'accueil de la personne hébergée en LHSS,
- Le Conseil de Vie Sociale (CVS) qui a pris la forme de réunions régulières entre les personnes hébergées et l'équipe des LHSS.

L'activité chiffrée des LHSS

Le profil démographique de la population accueillie⁴ :

Au total, sur l'ensemble des Lits Halte Soins Santé, 1 012 personnes différents ont été accueillies en 2010 (1 071 en 2009) dont 89,9 % sont des hommes et sont âgées 53 ans en moyenne (50 ans en 2010).

La durée moyenne de séjour

Au total, sur l'ensemble des LHSS, la durée moyenne de séjour⁵ est de 69 nuitées (54 nuitées en 2009) avec une DMS plus élevée pour le LHSS Esquirol (108 nuitées).

⁴ L'analyse suivante est différente de celle réalisée sur les usagers du 115 pour la partie LHSS (en annexe de ce rapport d'activité). En effet, la première concerne les 170 places LHSS du GIP Samusocial de Paris tandis que la seconde concerne les 210 places régulées par le 115 de Paris (40 places sont disponibles au Centre Maubeuge, géré par SOS Habitat et Soins, mais entièrement régulé par le 115 de Paris).

⁵ La DMS intègre les personnes présentes le 01/01/09 mais pas celles présentes le 31/12/10

A noter : l'activité d'une chambre de diagnostic située au LHSS Les Lilas (une place réservée aux maraudes dédiée aux usagers qui présentent des signes de suspicion de tuberculose.

Deux tiers des personnes accueillies en LHSS restent moins d'un mois dans le même centre (chiffre qui reste stable depuis trois ans). Trois séjours sur quatre sont inférieurs aux deux mois de la durée maximale de séjour réglementaire.

Sur 4 des 5 LHSS⁶, 61 personnes (soit environ 7% des personnes accueillies) sont en LHSS depuis plus d'un an, la proportion de ce type de séjour avait doublé entre 2008 et 2009 pour s'établir à 5%. Ces personnes sont soit en attente d'une solution d'aval stable (maisons de retraite, foyers handicap, etc.), soit elles présentent des problématiques complexes incompatibles avec un retour à la rue ou une orientation en Centre d'Hébergement d'Urgence.

Les modes et les motifs d'entrée en LHSS

37% des admissions dans 4 des 5 LHSS⁷ se font par l'intermédiaire des équipes mobiles d'aide de nuit et de jour (en baisse par rapport à 2009 pour une valeur de 40%). 43% émanent d'une demande initiée par un service hospitalier (contre 36% en 2009). Les principaux motifs d'entrée demeurent les problèmes d'ordre dermatologiques et ortho-traumatologiques.

Les orientations à la sortie des LHSS

Après leur séjour en LHSS, plus d'une personne sur deux repart à la rue ; une personne sur quatre en CHU. Moins de 10% des personnes intègrent une structure d'hébergement stable, voire pérenne.

Activité médicale générale dans les LHSS

Une consultation médicale se tient tous les matins, 7j/7, dans chaque LHSS. Le médecin y établit le diagnostic, les prescriptions, le suivi des soins et les demandes d'examen complémentaires. En fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, il peut être amené à l'orienter vers des spécialistes extérieurs, et parfois à le faire hospitaliser. Une consultation dermatologique dédiée à la prévention et à la détection des cancers de la peau est, quant à elle, proposée une fois par an par le médecin dermatologue.

Depuis la mise en place du DPI⁸, l'accès aux informations médicales est facilité, permettant au médecin de prendre connaissance des antécédents du patient et ainsi éviter les redondances des examens complémentaires et des prescriptions médicales.

Les LHSS accueillent des patients dont l'état de santé est de plus en plus précaire avec un nombre grandissant de **polyopathologies** (aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique). Il s'agit par exemple de cas de diabète insulino-dépendants, d'insuffisances cardiaques et/ou respiratoires très évoluées, d'insuffisances rénales sévères, de néoplasies, de troubles neurologiques à l'origine de dépendances extrêmes, de démences, de syndromes de Korsakoff, de maladies psychiatriques sévères.

Les LHSS reçoivent également de plus en plus de patients dont l'état de santé n'est pas stabilisé contrairement aux déclarations des services hospitaliers. L'état de santé du patient est régulièrement sous-estimé dans le seul objectif d'obtenir une place en LHSS.

Certains patients restent en lits infirmiers faute de places dans des structures dédiées.

Les délais d'obtention d'un rendez-vous auprès de certains services spécialisés des hôpitaux parisiens sont souvent longs, ce qui rend d'autant plus difficile la prise en charge.

Le travail social en LHSS :

Considérant des séjours s'allongeant en LHSS, justifiés par des états sanitaires et/ou psychiques se détériorant, le travail social apparaît plus que jamais comme une des pistes à privilégier pour favoriser les sorties positives du dispositif.

Voilà pourquoi, afin de gagner en cohérence dans ces démarches, les travailleurs sociaux avaient été rattachés hiérarchiquement en 2009 au LHSS dans lesquels ils intervenaient. Parallèlement, un soutien fonctionnel de la direction du pôle hébergement logement avait été décidé en matière de travail social.

⁶ Cette donnée n'est pas disponible pour le LHSS Les Lilas

⁷ Cette donnée n'est pas disponible pour le LHSS Les Lilas

⁸ Dossier Patient Informatisé

L'occasion de faire un focus sur le travail social en LHSS en 2010, en partant du profil des usagers :

Dans chaque LHSS, le travail social nécessite de rencontrer les usagers de multiples fois pour créer un lien de confiance avec eux. En moyenne sur 2010, chaque personne sera reçue 7 fois dans le cadre de son suivi individuel

Tableau du nombre d'entretiens sociaux effectués en LHSS et du nombre de personnes différentes rencontrées en 2010

| | 2010 | | | | | |
|---|--------|-----------|------------|-----------|----------|-------|
| | Ridder | Les Lilas | J. Rostand | St Michel | Esquirol | Total |
| Nombre d'entretiens sociaux réalisés | 1 252 | 1 914 | 489 | 705 | 401 | 4 761 |
| Nombre de pers. différentes rencontrées | 166 | 246 | 87 | 135 | 62 | 696 |

S'agissant du temps d'errance des personnes reçues par les travailleurs sociaux en LHSS :

Tableau du temps d'errance des personnes suivies socialement en LHSS en 2010

| | 2010 | | | | | | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|---------------|
| | Ridder | Les Lilas | J. Rostand | St Michel | Esquirol | Total | % |
| Moins d'1 mois | 16 | 20 | 11 | 17 | 5 | 69 | 9,9% |
| De 1 mois à 1 an | 30 | 54 | 10 | 31 | 8 | 133 | 19,1% |
| De 1 an à 5 ans | 37 | 67 | 19 | 16 | 13 | 152 | 21,8% |
| Plus de 5 ans | 52 | 53 | 23 | 45 | 24 | 197 | 28,3% |
| Intermittent | 7 | 15 | 6 | 4 | 2 | 34 | 4,9% |
| Indéterminé | 15 | 18 | 16 | 17 | 9 | 75 | 10,8% |
| Non renseigné | 9 | 19 | 2 | 5 | 1 | 36 | 5,2% |
| Total | 166 | 246 | 87 | 135 | 62 | 696 | 100,0% |

A la lecture de ces données, la moitié des usagers reçus étaient à la rue depuis au moins 1 an. 28,3% des usagers reçus par les travailleurs sociaux ont un temps d'errance de plus de 5 ans. La durée de ces parcours d'exclusion implique un retour très progressif aux démarches à (ré) initier.

Quant à l'origine géographique des usagers :

Tableau de l'origine géographique des personnes suivies socialement en LHSS en 2010

| | 2010 | | | | | | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|---------------|
| | Ridder | Les Lilas | J. Rostand | St Michel | Esquirol | Total | % |
| FRANCE | 84 | 128 | 54 | 72 | 35 | 373 | 53,6% |
| CEE | 32 | 41 | 11 | 15 | 7 | 106 | 15,2% |
| Hors CEE | 44 | 71 | 19 | 45 | 19 | 198 | 28,4% |
| Indéterminée | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 | 0,9% |
| Non renseigné | 5 | 5 | 2 | 1 | 0 | 13 | 1,9% |
| Total | 166 | 246 | 87 | 135 | 62 | 696 | 100,0% |

A propos des ressources de ces usagers :

Tableau des ressources des personnes suivies socialement en LHSS en 2010

| | 2010 | | | | | | |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|---------------|
| | Ridder | Les Lilas | J. Rostand | St Michel | Esquirol | Total | % |
| Sans ressources | 70 | 98 | 32 | 66 | 33 | 299 | 40,7% |
| AAH | 25 | 30 | 16 | 16 | 9 | 96 | 13,1% |
| RSA | 32 | 46 | 21 | 18 | 7 | 124 | 16,9% |
| Retraite | 38 | 39 | 16 | 37 | 19 | 149 | 20,3% |
| Autres | 17 | 23 | 11 | 11 | 5 | 67 | 9,1% |
| Total | 182 | 236 | 96 | 148 | 73 | 735 | 100,0% |

Le fait que 40% des usagers suivis socialement en LHSS en 2010 soient sans ressource complexifie la mission d'orientation des travailleurs sociaux qui butent sur cette absence de revenu ou qui doivent se charger de réinscrire la personne dans des démarches pour aboutir au versement d'une prestation.

En ce qui concerne la couverture sociale des usagers à l'entrée en LHSS :

Tableau de la couverture sociale des personnes suivies socialement en LHSS en 2010

| | 2010 | | | | | | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|---------------|
| | Ridder | Les Lilas | J. Rostand | St Michel | Esquirol | Total | % |
| Sans | 26 | 35 | 9 | 12 | 10 | 92 | 12,1% |
| Sécu / CMU de base | 24 | 31 | 13 | 27 | 10 | 105 | 13,8% |
| Complémentaire | 74 | 105 | 47 | 59 | 37 | 322 | 42,4% |
| AME | 27 | 42 | 10 | 22 | 20 | 121 | 15,9% |
| Autres | 31 | 38 | 21 | 20 | 10 | 120 | 15,8% |
| Total | 182 | 251 | 100 | 140 | 87 | 760 | 100,0% |

En prenant en compte l'ensemble de ces éléments sociaux pour les 5 LHSS, on réalise que les usagers bénéficiant d'un suivi social sont plutôt de grands marginalisés, d'origine française ou européenne, plutôt sans ressource (du fait de leur isolement social à opérer des démarches). Dans ce contexte, le travail social en LHSS semble difficile, de longue haleine (même si les personnes qui sont hébergées en continuité sont disponibles pour le TS).

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Ce projet engagé en 2008, qui avait conduit à la publication d'un arrêté⁹ en 2009, s'est concrétisé en 2010 autour d'un objectif principal : la prise en charge de toute personne à la rue depuis de nombreuses années et présentant des pathologies lourdes liées à une consommation alcoolique importante (syndrome de Korsakov et autres démences) les privant d'autonomie, de même que les personnes en situation de handicap physique ou psychique restreignant leurs chances d'intégrer des structures souvent inadaptées. Soient des problématiques aggravées, qui plus est, par des conditions de vie d'errance et par de l'absence de soins. Au finale, cette catégorie de population est d'autant plus en danger, qu'il n'existe ni structures, ni méthodes adaptées à leur prise en charge complexe.

L'année 2010 a consisté pour le GIP Samusocial de Paris a trouvé des locaux pouvant accueillir les 24 places en LAM pour lesquels il avait obtenu l'agrément début 2009. Les recherches ont été ardues et ce n'est qu'à la fin décembre (le 23) que 15 de ces 24 lits ont pu être ouverts, d'abord sur deux sites distincts : 9 lits au LHSS de Ridder et 6 lits au LHSS de J. Rostand¹⁰. Les patients, déjà en attente de ces orientations, ont intégré aussitôt ces lits, encadrés dans un premier temps par les équipes des LHSS, et rapidement par des personnels dédiés aux LAM.

⁹ Arrêté du 20.03.2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, NOR : MTSA0903558A

¹⁰ Dans le cadre réglementaire des conventions d'occupation de ces 2 sites.

Par ailleurs, dans ce dossier, un soutien important de type mécénat a été protocolisé le 19 octobre 2010 avec un partenaire privé, la Générale de Santé, qui s'est engagée à trouver des locaux pérennes et adaptés pour les 24 LAM gérés par le GIP Samusocial de Paris, au-delà de l'actuelle occupation temporaire.

Les activités socioculturelles :

En sus des séjours de rupture plus ou moins longs proposés au sein des LHSS, différents ateliers et activités¹¹ sont régulièrement proposés pour permettre aux hébergés de mieux se repérer dans le temps.

Ces activités sont organisées par des bénévoles, des membres de l'équipe soignante, ou encore des artistes professionnels dans le cadre des partenariats en cours.

Perspectives 2011

- Regroupement et installation des 24 LAM au 1^{er} étage du site J. Rostand avant transfert sur un site pérenne. Participation active du GIP Samusocial de Paris à l'expérimentation nationale de ce dispositif (en lien avec la DGCS et le CREDOC),
- Mise à jour du projet d'établissement et actualisation des outils réglementaires,
- Assurer le transfert du LHSS J. Rostand vers une structure de l'AP-HP,
- Réhabilitation complète du LHSS Ridder et ré-emménagement dans ces locaux à la fin des travaux,
- Réflexion sur l'évaluation interne du dispositif LHSS qui viendra compléter l'évaluation externe effectuée cette année par les tutelles,
- Développement des passerelles entre les différentes missions de soins du SSP par l'organisation de rencontres et de synthèses, avec l'appui de l'expertise technique en travail social mise en place en début d'année.

La Direction Médicale

Au sein du pôle « Soins, Médical et Pharmaceutique », la Direction Médicale est garante du fonctionnement de l'ensemble des activités de médecine générale et spécialisée dans les LHSS, les LAM, l'ESI, les CHU, la Maison des Femmes, le 115 et les équipes mobiles (Maraudes et EMLT).

La direction du département est assurée par un médecin qui supervise toutes les activités médicales au sein de l'institution et tient le rôle de médecin coordinateur pour la mission tuberculose. Il définit la politique en matière d'action médicale et de développement de l'activité au sein de l'institution en lien avec un médecin directeur du développement médico-psycho-social à temps partiel et un coordinateur de l'action médicale prenant en charge les aspects fonctionnels du département. Depuis juillet 2010, un médecin a été recruté afin de seconder le directeur médical en tant que chargé de mission sur les LHSS. Outre le fait qu'il représente la direction médicale lors des Réunions Médico Sociales (RMS) dans chaque LHSS, il est en charge de la rédaction de divers documents internes au département comme le « Book médecin ».

L'activité opérationnelle est assurée par une équipe composée de 16 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes (2 gynécologues, 1 dermatologue, 1 psychiatre gériatre, 1 pneumologue et 1 spécialiste en médecine physique et de réadaptation) qui consultent dans les LHSS, les LAM, les CHU, l'ESI et l'EMLT.

A noter : le nombre insuffisant de médecins pour assurer toutes les missions du département. Les recrutements restent difficiles au vu du peu de médecins disponibles, de la faible attractivité des rémunérations et des difficultés de prise en charge des patients sans abri. Par ailleurs, l'informatisation du dossier patient limite aussi ces recrutements car l'utilisation courante de l'informatique est désormais un critère obligatoire lors de l'embauche.

Durant l'année 2010, l'activité de la Direction médicale a été marquée par les faits suivants :

- La régionalisation de l'EMLT,
- Le recrutement d'une pneumologue à temps partiel pour l'EMLT,
- L'ouverture des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM),
- La mise en place des Réunions Médico Sociale mensuelles avec les partenaires,

¹¹ Dessin, cuisine, sculpture, relaxation, écriture, concerts et spectacles.

- La mise en place de groupes de travail au niveau du pôle médical et soins sur la prise en charge des urgences : la réforme de l'astreinte médicale, formation des IDE, conduite à tenir en cas de décès,
- Le partenariat actif avec l'équipe du Réseau Souffrance et Précarité de l'hôpital Esquirol,
- Le renforcement des liens avec les pôles psychiatriques ayant conventionné avec les LHSS,
- La poursuite de la politique d'information à destination de différents partenaires (BSPP, étudiants en médecine, médecins inscrits à différents DU,...).

Par ailleurs, la Direction médicale a mené différents projets ayant abouti en 2010 à la mise en place :

- De la phase 2 du dossier patient informatisé (DPI),
- La réalisation d'un Book médecin,
- Du partenariat avec le Bus Dentaire,
- D'actions de prévention menées auprès des femmes hébergées en CHU ou invitées de l'ESI via les gynécologues de l'association ADSF,
- De cycle de formation « Syndrome psycho-traumatique -Techniques de prise en charge » par le Pr. Louis Crocq à destination du personnel du [Samusocial](#) de Paris,
- D'une vaste campagne de vaccination en partenariat avec la Ville de Paris,
- D'une journée « Dépistage du mélanome » à l'ESI,
- Des plans annuels « grand froid » et « canicule ».

Les activités de la Direction médicale en lien avec la directrice du développement médico social.

Activités universitaires

Dans le cadre de conventions renouvelées en 2010, la direction médicale a accueilli :

- des étudiants en médecine en DCEM 2 (4ème année de médecine) des Facultés de St Antoine et Pitié Salpêtrière,
- des étudiants hospitaliers en DCEM4 (6ème année de médecine) de la Faculté de médecine Paris Descartes dans le cadre d'un stage de 3 mois.

Activités de formation

- Futurs caporaux chefs de la BSPP (découverte des missions du [Samusocial](#) et approche des personnes SDF).
- Etudiants en médecine et aux PARM en stage au SAMU de Paris.
- Capacité de Médecine d'Urgence (2ème année), Diplôme d'Université de régulation médicale.
- Futurs permanenciers des SAMU au Lycée Rabelais et au FAE Cesu 93.
- Cours au D.I.U. (Diplôme inter-universités « Abord des enfants errants en danger dans les rues des mégapoles, « Tuberculose » à la Sorbonne).
- Mise en place d'un Diplôme Universitaire de Santé, solidarité et Précarité à l'Université Paris Descartes.

Activité de réseau

Participation et intervention dans le cadre de partenariat ou de travail complémentaire avec les PASS (Permanence d'Accès aux Soins Santé) et les réseaux de soins (réseaux de médecins généralistes et spécialistes, réseaux des psychiatres, réseau de soins palliatifs Corpalif, etc.) afin d'améliorer la prise en charge médicale des patients.

Perspectives 2011 de la direction médicale

- Création de réseaux et partenariats nécessaires au fonctionnement des LAM,
- Amélioration de la régulation médicale des demandes de LHSS par une réforme de l'astreinte médicale et du pôle infirmier,
- Recherche de partenariat adapté, dans le domaine neuropsychique pour bilan et orientation pour les patients des LHSS,
- Mise en place de réunions de synthèse médico-sociales en CHU et à l'ESI,
- Renouvellement de convention de partenariat avec l'UFSBD (Union Française de Santé Bucco Dentaire) et mise en place d'une consultation dentaire avec des soins primaires ouverte aux LHSS,

- Mise en place d'une consultation de dermatologie à l'ESI,
- Réactualisation de la convention avec l'ADSF,
- Elargissement des actions de prévention et de vaccination,
- Mise en place d'une convention de partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs QUIETUDE ,
- Lancement d'une vaste campagne pour le recrutement de nouveaux médecins,
- Lancement de la télé-médecine,
- Poursuite du développement du Dossier Patient Informatisé Osiris.

Projet Dossier Patient Informatisé (DPI)

Débuté en septembre 2007, le projet de logiciel de gestion des dossiers médicaux des patients s'est concrétisé en décembre 2008.

En 2009, le DPI a été mis en place dans les différentes structures du **Samusocial** de Paris. Utilisé en substitution au dossier papier, le DPI s'est traduit par une centralisation des données dans une base unique, complète et sécurisée et a ainsi facilité l'accès aux dossiers et le suivi du parcours médical des usagers.

En 2010, la Direction Médicale s'est attachée à améliorer « Osiris », via son paramétrage et son développement en vue de l'adapter au plus proche des besoins exprimés par les utilisateurs, d'atteindre la meilleure adéquation possible avec les prestations fournies et de rendre exploitables les données afin notamment de pouvoir produire des statistiques et de réaliser des études. Par ailleurs, elle s'est chargée de former tout le personnel médical (médecins, IDE, Aide-soignant). Le DPI est devenu la référence des professionnels des soins et médicaux du Samusocial de Paris.

Activité médicale dans les LHSS, CHU, ESI et MAISON DES FEMMES

Bilan de l'activité médicale dans les LHSS

Une consultation médicale se tient tous les matins, 7 jours sur 7 dans chaque centre.

Depuis la mise en place de l'informatisation des dossiers patients, les médecins ont automatiquement accès aux informations médicales, notamment celles relatives aux antécédents que les patients ne signalent pas systématiquement. Par ailleurs, la centralisation des informations médicales permet d'éviter les redondances des examens complémentaires et des prescriptions médicales.

Toutefois, l'exercice de la médecine générale en LHSS devient de plus en plus compliqué ; le nombre grandissant de polyopathologies chroniques (cas de diabète insulino-dépendants, d'insuffisances cardiaques et/ou respiratoires très évoluées, d'insuffisances rénales sévères, de néoplasies, de troubles neurologiques à l'origine de dépendances extrêmes, de démences, de syndromes de Korsakoff, de maladies psychiatriques sévères) rend un retour à la rue très difficile même si les décompensations aigües ont été traitées. Les pertes d'autonomie des patients ou même la difficile observance d'un traitement médicamenteux sont soulignés par tous les médecins de LHSS, et ce chez des patients de plus en plus jeunes présentant des pathologies mixtes type neuro psychiques, psychiatriques voire addictives.

Il en résulte que certains patients restent pris en charge au long cours en LHSS à défaut de pouvoir les orienter dans des structures d'accueil adaptées (cf. manque de places ou structures inadaptées en France). En effet, même après notification MDPH certains de nos patients ont été orientés dans des foyers de vie en Belgique après accord de la CPAM.

Le suivi des patients prend du temps et devient de plus en plus compliqué. Ils présentent des pathologies chroniques très évoluées qui nécessiteraient une prise en charge par des structures spécialisées (par exemple en neurologie) et imposent un suivi complexe : programmation et prescription à intervalles réguliers de suivis biologiques, d'examens d'imagerie, de consultations spécialisées.

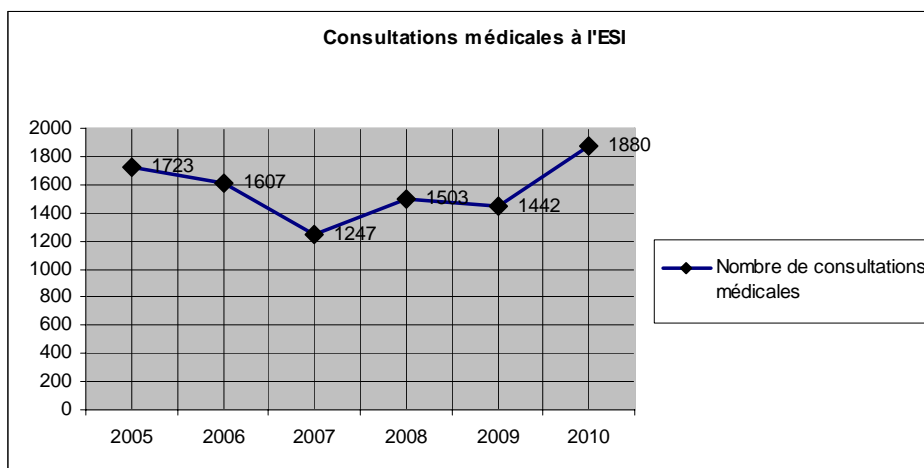
Par ailleurs, les LHSS reçoivent de plus en plus de patients dont l'état de santé n'est souvent pas stabilisé contrairement aux déclarations des services hospitaliers qui demandent leur admission dans les LHSS. En effet, ils n'hésitent pas à sous-estimer l'état de santé du patient afin de « forcer » son admission en LHSS et lui permettre de quitter l'hôpital. A noter que même en cas de droits sociaux ouverts, une partie des patients n'est pas capable de gérer la complexité de leur parcours de soins. On observe un « glissement » de la population hébergée en LHSS de la grande exclusion vers la précarité.

Une étude sur la mise à jour des refus de prise en charge en LHSS et sur la mise en place d'une Régulation Médicale a été finalisée en 2010 afin de répondre aux difficultés rencontrées par les médecins lors des demandes d'admission non adaptées.

En parallèle, la direction médicale s'est employée à renforcer le partenariat avec les équipes des pôles psychiatriques afin d'optimiser la prise en charge et l'orientation dans les structures d'aval. A noter qu'un médecin spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est venu compléter l'équipe médicale fin 2009 ce qui a permis de faciliter le bilan et de réorienter des patients adressés par l'hôpital vers les structures de droit commun adaptées.

Bilan des consultations médicales à l'ESI

- L'activité médicale de l'ESI s'est traduite par 1 880 consultations sur l'année 2010 soit une augmentation de près de 30% par rapport à 2009.



- La population masculine y est fortement représentée (92% des patients) ; l'âge moyen y est de 43 ans. Ces données sont constantes par rapport à l'année 2009,
- Les consultations ont lieu tous les après-midi du lundi au vendredi. Les médecins examinent en moyenne 7 patients et au maximum 15 patients par consultation,
- La part des consultations médicales destinée aux non-assurés sociaux n'a pas changé par rapport à 2009 et atteint 32% du total des consultations, tandis que la part des personnes possédant une AME passe de 16,4% à 44,8%.

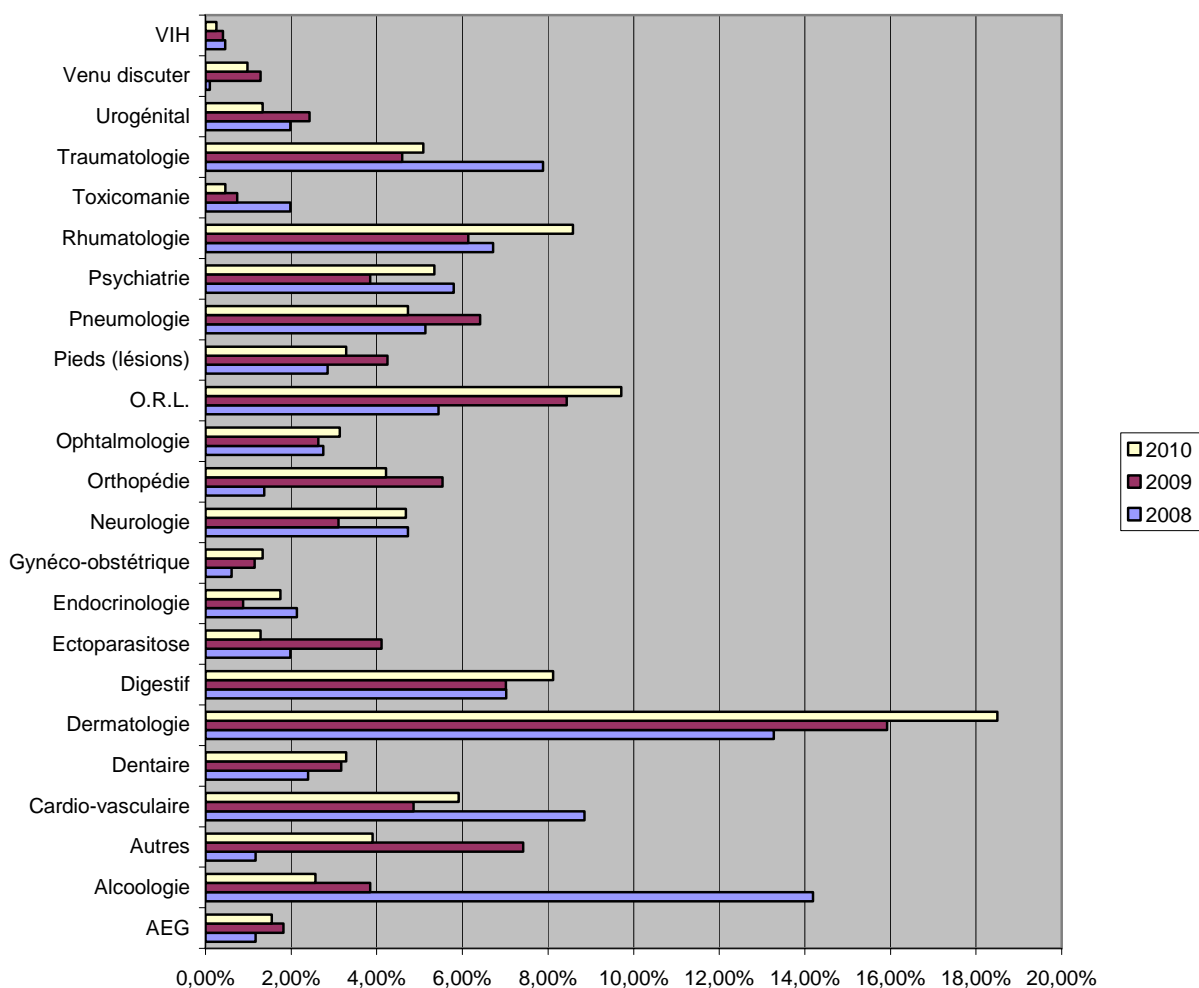
| Couverture sociale | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------|-------|-------|-------|
| Non assuré social | 27,5% | 32,6% | 32,7% |
| AME | 10,0% | 16,4% | 44,8% |

- Motif principal de consultation

Le tableau ci-dessous ne reflète pas la réalité des polyopathologies retrouvées en consultation. En effet, le motif principal « lésions cutanées » représente 23%, soit une donnée stable en 2010 ; mais cette donnée cache la réalité des problèmes de santé multiples des patients de l'ESI, tels que les problèmes d'addiction et les pathologies psychiatriques qui n'apparaissent qu'en très faible proportion en « motif principal ».

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| Lésions cutanées | 18,0% | 24,3% | 23,1% |
| Addiction | 16,0% | 4,6% | 3,0% |
| Psychiatrie | 5,8% | 3,9% | 5,4% |
| Troubles de la mobilité | 20,0% | 13,8% | 18,4 |
| Cardio-vasculaire | 8,9% | 4,9% | 5,9% |
| Digestif | 7,0% | 7,0% | 8,1% |
| Pneumologie | 5,1% | 6,4% | 4,7% |
| Autre motif | 19,2% | 35,1% | 31,5% |

Motifs principaux des consultations à l'ESI



➤ A l'issue de la consultation

| | | |
|--------------------|-------|--------------------------------|
| Traitement médical | 80,9% | dont 45 urgences hospitalières |
| Soins | 6,1% | |
| Orientation | 10,5% | |
| Autre issue | 2,5% | |

La Pharmacie à Usage Interne à l'ESI permet de délivrer gratuitement des médicaments prescrits par le médecin. Cette possibilité permet à ces patients de recevoir, pour 81% d'entre-eux, un traitement médical en dépit de l'absence de couverture sociale et concerne en 2010 un nombre toujours plus important de patients.

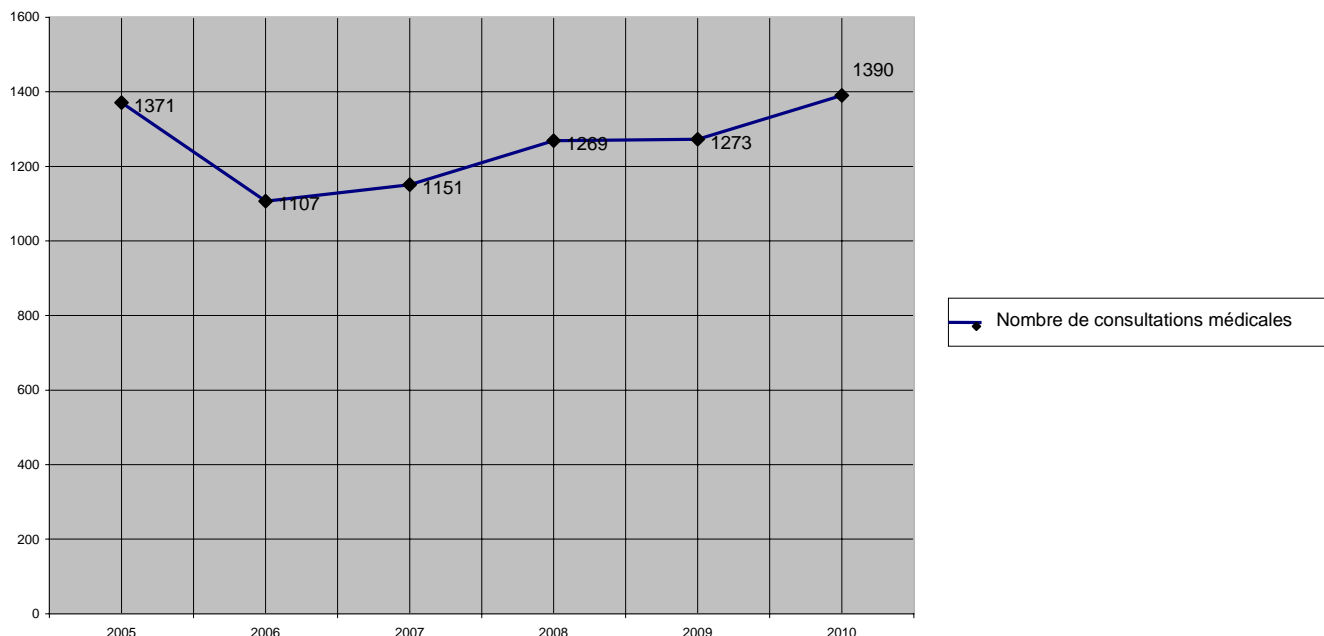
Consultations gynéco à l'ESI par une gynécologue de l'ADSE

Les animatrices de l'ESI organisent un mercredi par mois un petit déjeuner pour les femmes. C'est un moment de détente pendant lequel les femmes en difficulté peuvent échanger sur leurs difficultés de santé. Il peut y être proposé des consultations avec examens cliniques. Les femmes viennent par "le bouche à oreille", accompagnées par des habituées du centre. Il s'agit, le plus souvent de femmes assez jeunes, bulgares, roumaines ou polonaises. Ces consultations sont proposées également aux patientes des LHSS. Environ une patiente par LHSS se déplace pour une consultation gynéco. En 2010, il y a eu 46 consultations ou entretiens dont 4 patientes hospitalisées.

Bilan des consultations médicales au CHU Yves Garel

- L'activité médicale du CHU Yves Garel s'est traduite par 1 390 consultations sur l'année 2010 soit une augmentation de 9% au regard de 2009.

Consultations médicales CHU Yves Garel



- La population présente une forte proportion masculine (65,6% des patients) et un âge moyen de 49 ans, données également constantes par rapport à l'année 2009,
- Les médecins examinent en moyenne 6 patients et au maximum 13 patients par consultation,
- En 2009 la part des consultations médicales destinée aux non-assurés sociaux atteignait presque 18,1% du total des consultations, en 2010 elle représente 26,7% soit une augmentation de près de 8 points tandis que la part des personnes possédant une AME passe de 7,1% à 13,6%.

| Couverture sociale | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-------|------|------|
| Assuré cotisant et ass. | 16,00 | 59,8 | 42,5 |
| Non assuré sociale | 25,6 | 18,1 | 26,7 |
| AME | 14,6 | 7,1 | 13,6 |

Motif principal de consultation

Les patients se présentent spontanément (97 % des consultations) au cabinet médical mais en revanche, ils ne sont pas souvent disposés à se laisser examiner afin de réaliser un bilan somatique précis. De la même façon, les examens complémentaires sont dans la plupart des cas, exclus de la démarche diagnostique car il est rare qu'ils soient exécutés et quand ils le sont, il est tout aussi rare qu'ils puissent être exploités en présence du patient.

Les pathologies somatiques lourdes (diabète, cardiopathie, arthrose avec prothèse, épilepsie, séquelles traumatiques, etc...) sont en général connues et annoncées par les patients eux-mêmes qui sont ponctuellement suivis par des services hospitaliers.

Les pathologies psychiatriques représentent dans 9,2% des cas le motif principal de consultation du médecin. Cette donnée met en évidence le nombre toujours plus important de patients « déstructurés » qui consultent et pour lesquels toute action apparaît difficile du fait qu'elle devrait s'inscrire dans la durée et supposerait une réanimation médico-psycho-sociale impossible à ce jour.

Ces éléments contribuent à donner un caractère épisodique à l'action médicale en faveur de cette population, ce qui nuit à la qualité des soins.

| Motif principal de consultation | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| Lésions cutanées | 12,0% | 11,4% | 13,4% |
| Addiction | 8,0% | 4,6% | 4,2% |
| Psychiatrie | 9,67% | 11,5% | 9,2% |
| Troubles de la mobilité | 17,0% | 14,2% | 20,0% |
| Cardio-vasculaire | 11,8% | 7,2% | 5,3% |
| Digestif | 6,9% | 4,55% | 8,7% |
| Pneumologie | 9,8% | 5,0% | 4,3% |
| Autre motif | 24,8% | 41,6% | 34,9% |

A l'issue de la consultation, un patient sur 2 reçoit un traitement médical car les patients sont plus autonomes que dans d'autres structures du [samusocial](#). La plupart de ces patients ont déjà un suivi médical pour leurs pathologies chroniques et dans le cas contraire ils sont orientés vers les PASS pour des bilans.

| | | |
|--------------------|-------|--------------------------------|
| Traitement médical | 53,3% | dont 73 urgences hospitalières |
| Soins | 13,2% | |
| Orientation | 22,9% | |
| Autres issues | 10,6% | |

Consultations gynécologiques à Garel par une gynécologue de l'ADSF

La consultation a lieu le lundi matin et concerne les femmes hébergées dans le centre. La population est assez variée, certaines femmes vivent dans la précarité depuis longtemps avec des addictions et/ou des pathologies psychiatriques, d'autres font des séjours relativement courts après des accidents de la vie (perte de travail, séparation, violences ...). Le recrutement se fait par inscription, mais le plus souvent le le médecin va au devant des patientes. 76 consultations ont eu lieu en 2010. Les principaux motifs de consultations sont la contraception, l'accompagnement de grossesse, des troubles gynécologiques divers et autres pathologies.

La consultation dermatologique de Garel

La consultation dermatologique a lieu 1 fois par semaine au cabinet médical du CHU Yves Garel, et une journée par an est dédiée à la prévention et détection des cancers de la peau sur le site de Saint-Michel. La dermatologue est médecin référent de tous les problèmes dermatologiques et de toutes les questions relatives à l'hygiène.

Bilan des consultations médicales au CHU Montrouge

L'activité médicale du CHU Montrouge s'est traduite par 1181 consultations sur l'année 2010 soit une augmentation de près de 18% par rapport à 2009 (après correction). A noter que la fréquentation de la consultation médicale au CHU de Montrouge étaient en diminution jusqu'à cette année.

La population présente une forte proportion masculine (98.31% des patients) et un âge moyen de 44 ans, données également constantes par rapport à l'année 2009.

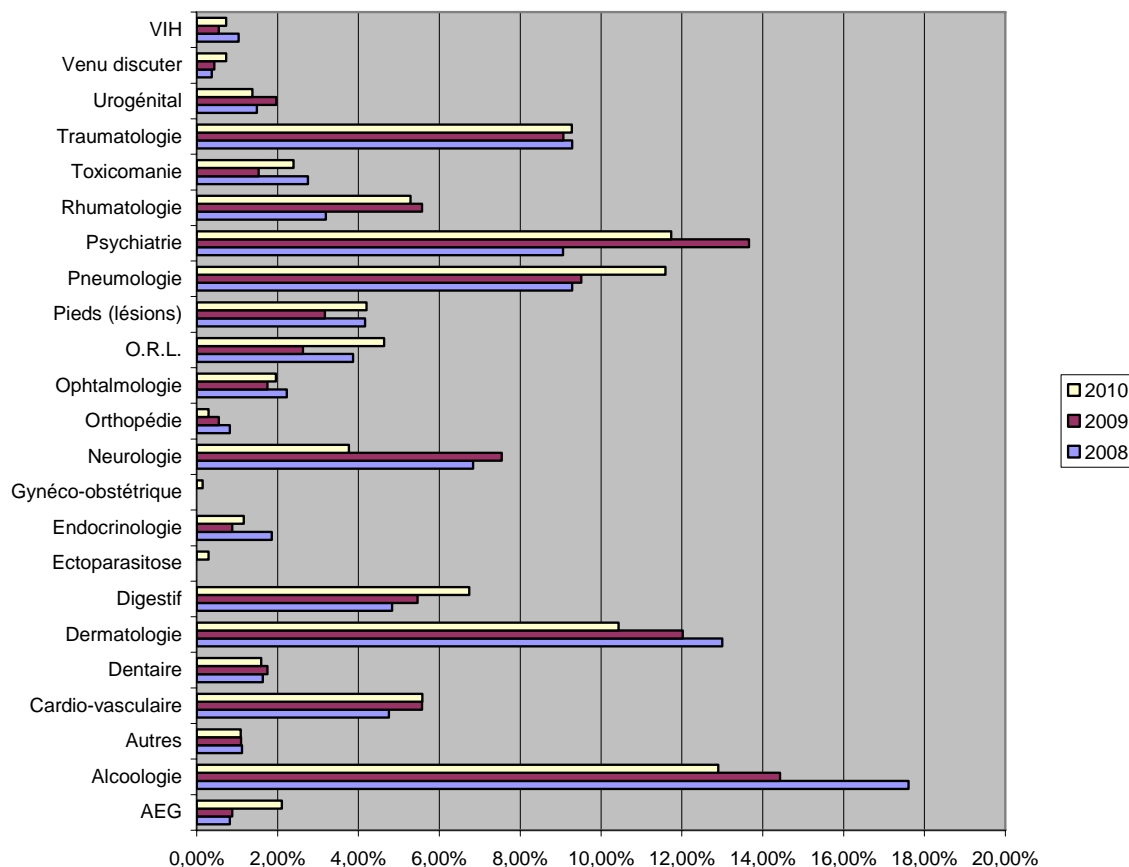
Les médecins examinent en moyenne 5 patients et au maximum 10 patients par consultation.

| Couverture sociale | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------|------|------|------|
| Assuré personnel - RMI | 47,2 | 49,7 | 50,6 |
| Non assuré sociale | 32,2 | 30,0 | 30,3 |
| AME | 5,2 | 5,6 | 4,7 |

Motifs de consultation

Ce sont souvent les mêmes patients qui reviennent à la consultation médicale et principalement pour des problèmes d'addiction et des pathologies psychiatriques. Ils sont, dans la plupart des cas, des grands exclus pour lesquels cette consultation médicale est la seule où ils acceptent de se rendre.

Motifs principaux des consultations au CHU Montrouge



A l'issue de la consultation, la moitié des patients qui consulte sollicitent des soins infirmiers. Les médecins doivent réaliser les déparasitages à défaut de personnel soignant (infirmière ou aide-soignante) mais en pratique, ce sont souvent les animateurs qui se chargent de ce soin. A noter que ces soins sont réalisés dans un espace hygiène inadapté à la lourdeur des situations.

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| Psychiatrie | 9,1% | 13,7% | 11,7% |
| Addiction | 20,0% | 16,0% | 15,3% |
| Lésions cutanées | 17,0% | 15,2% | 14,9% |
| Troubles de la mobilité | 19,0% | 22,2% | 18,3% |
| Cardio-vasculaire | 4,8% | 5,6% | 5,6% |
| Digestif | 4,8% | 5,5% | 6,7% |
| Pneumologie | 9,3% | 9,5% | 11,6% |
| Autres motifs | 16,0% | 12,3% | 15,9% |

| | | |
|--------------------|-------|--------------------------------|
| Traitement médical | 22,6% | |
| Soins | 50,9% | |
| Orientation | 22,0% | dont 14 urgences hospitalières |
| Autre issue | 4,5% | |

Le cabinet médical du CHU de Montrouge a mis en place depuis plusieurs années une consultation d'acupuncture qui accueille un nombre toujours plus important de patients.

La Maison des femmes

Le médecin intervient régulièrement à la demande du responsable de la Maison des Femmes pour des aides à l'orientation médicale vers des consultations spécialisées, des ordonnances. Pour certaines patientes, il assure un suivi médical régulier et propose aux femmes de pouvoir bénéficier de consultations d'acupuncture.

Une gynécologue de l'ADSF assure une consultation tous les mois. Une consultation de surveillance de gynécologie est systématiquement proposée aux femmes nouvellement arrivées et souvent acceptée après discussions.

Cette consultation se révèle davantage être une consultation de médecine psychosomatique où la gynécologie a peu de place. Le médecin réalise donc essentiellement avec les femmes des entretiens d'encouragement à la réappropriation de leur santé. Au final, 36 consultations, essentiellement des entretiens, ont eu lieu au cours de l'année 2010 et une dizaine d'exams cliniques ont été réalisés.

Le département de la régulation

9 Médecins du [Samusocial](#) de Paris se relaient 24h/24 afin de réguler les demandes pour les 210 Lits Haltes Soins Santé (170 lits SSP et 40 lits SOS Habitat et Soins) parisiens.

2 331 demandes ont été effectuées en 2010 dont 1470 accordées soit une augmentation de près de 10% pour le nombre de demandes et 11% pour les prises en charges par rapport à 2009.

Il y a eu 1 986 demandes de jour soit 301 demandes de plus que l'année précédente. Ces demandes de lits infirmiers émanent essentiellement des hôpitaux. La nuit, les demandes sont effectuées par les infirmières des EMA pour des patients à la rue. L'évaluation du médecin doit déterminer, en fonction de l'entretien et des données de l'évaluation de l'IDE, une orientation vers les urgences ou une orientation en hébergement simple avec consultation médicale différée le lendemain (CHU Yves Garel et Montrouge) ou encore une orientation en LHSS. 345 personnes ont été prises en charge en 2010 par ce mode d'entrée soit 101 de moins que l'année précédente.

Les demandes non satisfaites peuvent s'expliquer de différentes manières. Certaines demandes émanant principalement de services d'urgence ou de consultation sollicitent une place adaptée immédiatement ce qui n'est pas toujours possible et peut conduire le patient à une sortie sans prise en charge.

D'autres patients présentent des pathologies trop lourdes nécessitant des moyens techniques ou humains que les LHSS n'ont pas (rééducation intensive, oxygénothérapie, isolement prolongé pour immunodépression lors d'une chimiothérapie par exemple, etc.) ou bien nécessitent un accueil particulier comme les MAS, FAM, ACT, ce que ne sont pas les LHSS.

Un médecin du [Samusocial](#) de Paris est le référent des Maraudes. Dans ce cadre, il vient en renfort de l'IDE de la maraude de jour sur des prises en charge difficile dans la rue. Il participe régulièrement aux briefings des maraudes et aux réunions des IDE. Par ailleurs, il se met en rapport avec les autres médecins, en interne (LHSS, CHUS, ESI) et en externe (hôpitaux...) afin de permettre une meilleure information et coordination de la prise en charge.

[Equipe mobile de lutte contre la tuberculose \(E.M.L.T.\)](#)

La lutte contre la tuberculose fait l'objet d'un programme régional 2008-2011 inscrit dans le Plan régional de santé publique en Ile-de-France (objectif 28-1). Il cible les publics prioritaires les plus à risque de tuberculose, dont les personnes en situation de précarité et les personnes migrantes originaires de pays de forte endémie tuberculeuse. Une convention entre le G.R.S.P. et le [Samusocial](#) de Paris a été signée fin décembre 2009 avec pour objet de renforcer le dispositif existant à Paris et de l'étendre à un niveau régional afin de renforcer la lutte contre la tuberculose au sein de populations qui ne restent pas cantonnées à la seule ville de Paris, en prévoyant notamment une coordination plus appuyée de réseaux sur ce territoire élargi.

L'année 2010 s'est caractérisée par l'extension à titre expérimental de la mission de l'EMLT à trois autres départements de la petite couronne (92, 93 et 94). L'EMLT a privilégié au premier semestre son action de prise en charge des patients sur Paris et le travail de mise en place de l'action régionale par un état des lieux, la rencontre et la concrétisation de l'organisation avec les principaux partenaires au niveau de la petite couronne. Au deuxième semestre, la mise en œuvre de la régionalisation a été effective à compter du 1er juillet .

Objectifs :

- Favoriser le suivi, l'observance et l'accès aux soins des malades tuberculeux en situation de grande exclusion atteintes ou en suspicion de tuberculose, vivant dans la rue ou dans un centre en hébergement collectif (CHU, centre de stabilisation ou CHRS) à Paris et petite couronne,
- Assurer une coordination régionale des structures et professionnels intervenant auprès de cette population,
- Participer à la formation des partenaires et relais intervenant auprès de cette population (équipes de maraudes, associations).

Les partenaires :

En 2010, s'appuyant sur l'expérience parisienne, l'EMLT a étendu ses contacts aux CLAT de chaque département, aux CMS des municipalités, aux hôpitaux de l'AP-HP et du PSPH, aux soins de suite de Bligny, Taverny et Carnelle, aux LHSS, aux 115 et samu sociaux, aux associations de terrain qui accueillent des personnes sans abri, aux structures d'hébergement, aux maraudes et au réseau Psychiatrie et Précarité de Paris.

Activités réalisées en 2010 :

Le fonctionnement de l'EMLT régionale est initié par l'expérience parisienne, développé et officiellement mis en pratique en région depuis le 1er juillet 2010.

- Continuité de l'action mise en place en 2009 sur Paris (réponse aux signalements, prise en charge des patients, participation aux dépistages systématiques dans les sites de l'EMLT),
- Mise en place d'un réseau EMLT / samusocial / CLAT : 115 / sanatoriums et outils communs (fiche de liaison, protocole de recours à l'EMLT),
- Développement du réseau associatif sur les trois départements de la petite couronne,
- Adaptation de l'organisation interne à l'évolution régionale de la mission sous forme de protocoles et d'outils internes de prises en charge des patients,
- Recensement des acteurs actuels et futurs travaillant sur le même champ de compétences (115, hôpitaux, associations pouvant proposer une prise en charge médico-psychosociale ainsi qu'un hébergement).

Principaux résultats concernant les patients :

Les résultats de 2010 représentent pour l'essentiel l'activité sur Paris. La mise en œuvre de l'activité régionale n'ayant débutée que le 1er juillet, il y a encore peu de signalements et de prises en charge de patients de la petite couronne.

Du 1er janvier au 31 décembre 2010, la file active de l'EMLT se composait de 163 personnes pour 165 prises en charge, pour un total de 84 nouvelles prises en charge au cours de l'année.

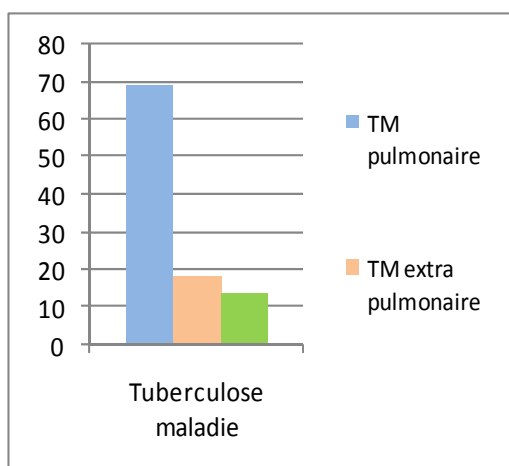
92,6 % des personnes prises en charge sont des hommes, dont l'âge moyen à la prise en charge est de 41 ans (41 ans pour les hommes, 34 pour les femmes).

L'origine géographique des personnes est pour moitié européenne (49,1%), essentiellement nées en France ou en Europe orientale. Les personnes nées en Afrique (30,7%) sont majoritairement issues d'Afrique sub-saharienne (25,2%).

Sur 133 dossiers dont les données sociales ont été étudiées : 30% des personnes n'ont pas de couverture sociale à la prise en charge, 57% n'ont aucune ressource et 25% sont sans papiers.

Sur les 165 personnes prises en charge, 124 sont malades, soit 75% des prises en charge :

- 102 cas de tuberculose pulmonaire (82% des tuberculoses maladies)
 - 87 cas de tuberculose pulmonaire isolée (70%), dont 42 nouveaux cas en 2010 (72% des



nouveaux cas de tuberculose maladie) ;

- 15 cas de tuberculose mixte (12%), dont 7 nouveaux cas des TM en 2010 (12%) ;
- 22 cas de tuberculose extra pulmonaire, (18%), dont 9 nouveaux cas des TM en 2010 (15 %).

Sur les 102 cas de tuberculose pulmonaire isolée et mixte, l'examen microscopique direct des prélèvements respiratoires est positif dans 61 cas, soit 60%.

Type de tuberculose maladie (TM) au 31 décembre 2010 par département de prise en charge.

| | Paris | Petite couronne | Total | % |
|-------------------------------------|-------|-----------------|-------|------|
| Tuberculose maladie (total 2010) | 117 | 7* | 124 | 100% |
| Tuberculose pulmonaire isolée | 84 | 3 | 87 | 70% |
| Tuberculose pulmonaire mixte | 12 | 3 | 15 | 12% |
| Tuberculose extra pulmonaire | 21 | 1 | 22 | 18% |
| dont les nouvelles prises en charge | 51 | 7 | 58 | 100% |
| Tuberculose pulmonaire isolée | 38 | 3 | 42 | 72% |
| Tuberculose pulmonaire mixte | 5 | 3 | 7 | 12% |
| Tuberculose extra pulmonaire | 8 | 1 | 9 | 16% |

* 6 du département 93, 1 du 94

Une Convention entre l'ARS et le Samusocial a été signée en décembre 2010, assurant le soutien de l'ARS pour un financement à hauteur de 85% de l'EMLT (15% par la DASES). L'année 2011 devrait permettre la poursuite du développement de l'EMLT régionale et le renfort des liens existants.

La Pharmacie

Ouverture d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

les locaux :

La PUI est située au sous sol de St Michel, son accès est sécurisé et limité.

Organisation du circuit du médicament.

les moyens humains : un pharmacien et un préparateur recruté en fin d'année par le pharmacien.

Cette autorisation a été obtenue en octobre 2010 suite à la visite de l'inspection qui a émis un avis favorable. Le **Samusocial** de Paris est le seul établissement médicosocial à disposer d'une PUI

Activité de la pharmacie

Elle approvisionne en médicaments et dispositifs médicaux, par dotations mensuelles et ponctuelles, les LHSS et autres structures du **Samusocial** de Paris où ont lieu des consultations de jour.

Livrets thérapeutiques :

Les médicaments et Dispositifs Médicaux (DM) fournis par la PUI doivent obligatoirement être inscrits aux livrets du **Samusocial** de Paris.

Le livret médicament établi par le pharmacien avec les médecins du **Samusocial** est revu annuellement au cours d'une réunion médicale et ponctuellement lorsqu'un besoin nouveau justifié apparaît. De même les DM mis à la disposition des IDE sont rassemblés dans un livret DM, réalisé par le pharmacien en collaboration avec les médecins et les IDE cadres de santé.

L'activité de la pharmacie a augmenté en 2010 :

- commandes plus volumineuses dans tous les centres notamment de l'ESI dont l'activité a nettement augmenté en 2010,
- prise en charge plus adaptée des patients : le pharmacien rencontre en effet régulièrement les médecins et les cadres de santé afin de déterminer avec eux leurs besoins en médicaments et DM éventuellement non couverts par les livrets,
- recherche permanente de DM mieux adaptés, de fournisseurs moins coûteux, etc....

Approvisionnement :

L'approvisionnement *en médicaments figurant au livret du Samusocial* se fait presque exclusivement auprès de Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI), distributeur à vocation humanitaire.

PHI fournit gratuitement aux établissements médicaux sociaux des médicaments figurant sur une liste officielle consultable dans les ARS ou à PHI. Ces médicaments sont achetés par PHI aux laboratoires grâce à des subventions de l'état (convention CNAMTS/PHI) ou proviennent de dons de laboratoires.

Les commandes pharmacie passées par le [Samusocial](#) à PHI en 2010 (donc gratuites), ont été valorisées à hauteur de 41 800 euros (tarifs 3 à 6 fois inférieurs au prix en pharmacie de ville) ; ces données ne tiennent pas compte des dons dont ont bénéficié les associations grâce à PHI (tests de grossesse, gel antiseptiques, antiseptiques, alcool).

L'approvisionnement en dispositifs médicaux (DM) figurant au livret du [Samusocial](#) de Paris est principalement assuré via la centrale d'achats : Les dispositifs médicaux sont essentiellement constitués de pansements mais également de produits de diagnostic tels les tests de glycémie (le diabète étant très souvent rencontré dans ces populations précaires). Le coût des dépenses en DM commandés à la centrale d'achats en 2010 est 2 à 5 fois inférieur aux prix en pharmacie de ville.

Demandes de référencement de médicaments sur la liste agréée de PHI :

Les médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments fournis gratuitement par PHI et dont les besoins paraissent justifiés pour les populations précaires peuvent être inscrits sur la liste de PHI à condition d'apporter une justification étayée des besoins (cf. antituberculeux, Bétadine, et d'autres spécialités non inscrites).

Dons :

Les contacts sont réguliers avec les laboratoires pour obtenir des dons de médicaments ou DM utiles à la prise en charge des hébergés sans couverture sociale. Certains dons tels les vaccins (cf. Sanofi Pasteur) ont permis de vacciner gracieusement les hébergés des différents centres du [Samusocial](#).

Préparation des dotations :

Les commandes des unités de soins sont passées via le logiciel Osiris par les cadres de santé des LHSS ou par les médecins et responsables des autres structures.

Transport des médicaments :

A noter des difficultés liées à la dispersion des centres situés à Paris et Petite Couronne et la nécessité d'organiser un transport et une réception des médicaments sécurisés (transport assuré en caisses scellées).

Logiciel de gestion pharmaceutique :

Le pharmacien a procédé au reparamétrage de plus de 1500 données dans Osiris en prenant en compte certaines spécificités du [Samusocial](#). Ce reparamétrage devrait permettre de bénéficier de données statistiques régulières.

Fiches de Fonctionnement :

A noter la mise en place récente de fiches qui ont pour objectif de guider les personnels du [Samusocial](#) de Paris concernés.

Sécuriser l'hébergement hôtelier

Le Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière

Le Pôle Hébergement Hôtelier

Focus de l'activité 2010 :

- Environ 12 700 personnes hébergées chaque soir en hôtels,
- 2 716 004 nuitées engagées, gérées et vérifiées pour le compte du 115 de Paris, de l'APTM et de l'OMF,
- 439 359 nuitées engagées, gérées et vérifiées pour le compte du 115-93,
- 1 323 141 nuitées engagées, gérées et vérifiées pour le compte du CASP (intégration totale des nuitées au 01/04/2010),
- 134 019 nuitées engagées, gérées et vérifiées pour les opérations de Droit de priorité,
- 37 311 nuitées destinées à abriter des personnes isolées,
- Baisse du coût de la nuitée entre 2009 et 2010 de 59 cents d'euro,
- Plus de 2,7 M€ d'économie,
- Plus de 5 800 demandes d'hébergement traitées pour les familles du 115/75, 115/93, APTM, OMF,
- Plus de 1 800 demandes d'hébergement traitées pour les familles suivies par le CASP (depuis le 01/04/2011),
- Plus de 4 100 certificats d'hébergement établis,
- Plus de 1 100 déplacements sur le terrain effectué,
- Plus de 3 000 familles rencontrées en médiation,
- Plus de 5 200 chambres d'hôtel vérifiées.

Expérimenté en 2006, le PHRH est en constante évolution depuis sa pérennisation en 2007. L'année 2008 a été une année d'ouverture et porteuse de nouveaux projets qui abouti au court de l'année 2009 à un unique dispositif d'hébergement hôtelier d'urgence entre Paris et la Seine-Saint-Denis. L'année 2010 a été dense de part l'augmentation importante des nuitées, l'intégration des nuitées familles du CASP, et la connaissance de ce nouveau public.

Le pôle hébergement et réservation hôtelière

Ses ressources humaines

Durant l'année 2010, le PHRH a accueilli 22 nouvelles personnes et 12 collaborateurs l'ont quitté.

L'organisation au quotidien :

Le PHRH est joignable et opérationnel 7 jours sur 7 et 24H sur 24 via un fonctionnement continu de 8h à 22h30 du lundi au vendredi ; le relais étant assuré par les quatre cadres toutes les nuits ainsi que tous les week-ends et jours fériés. Il est composé de deux pôles distincts mais complémentaires, constamment en lien.

Le pôle hébergement (8h00 – 22h30) :

Le pôle hébergement, supervisé par ses encadrants opérationnels, assure la gestion de la prise en charge hôtelière dans sa globalité.

De part l'augmentation constante des nuitées hôtelières et l'arrivée de nouveaux collaborateurs, une nouvelle organisation de ce pôle a été mise en place afin que les demandes soient traitées au mieux.

Le PHRH reçoit différentes demandes de prise en charge : les familles entrantes sur le dispositif (*le court séjour : 115/75, 115/93, CASP*), les familles prises en charge pour un temps limité (*le moyen séjour : les DDP, les dépannages*), et les familles prises en charge en « long séjour » (*OMF, APTM, CASP, 115/75, 115/93*).

Le pôle vérification :

Le pôle vérification est le garant des conditions d'hébergement des personnes. L'équipe est composée de vérificateurs et de médiateurs, et fonctionne de 8h30 à 20h30 sur un roulement matin (8h30 / 16h) ou soir (13h / 20h30)

En 2010, grâce à l'arrivée de nouveaux collaborateurs, une nouvelle organisation a pu être mise en place afin d'obtenir une connaissance plus fine du parc et des interventions sur le terrain plus efficaces.

Le parc hôtelier a été réparti de manière équitable en trois secteurs, par zone géographique. Deux vérificateurs sont positionnés sur chaque secteur afin que celui-ci soit couvert de 8h30 à 20h30. Les médiateurs, quant à eux, n'ont pas été affectés à ces secteurs afin qu'ils puissent avoir une vision d'ensemble du parc et rencontrer toutes les familles.

Un binôme de médiateurs a été détaché de cette organisation afin de se concentrer sur les médiations individuelles. Ce binôme a pour mission la gestion de crise ou les médiations individuelles suite à une demande des plateformes ou des hôteliers.

Un vérificateur a été affecté spécifiquement à la prospection de nouveaux hôtels en lien avec les encadrants de la branche commerciale et développement.

D'avril à décembre 2010, un médiateur a été détaché afin de rencontrer les familles suivies par le 115/75 positionnables sur le dispositif SOLIBAIL en partenariat avec le GIP HIS.

En parallèle de cette organisation, l'équipe réalise des médiations globales :

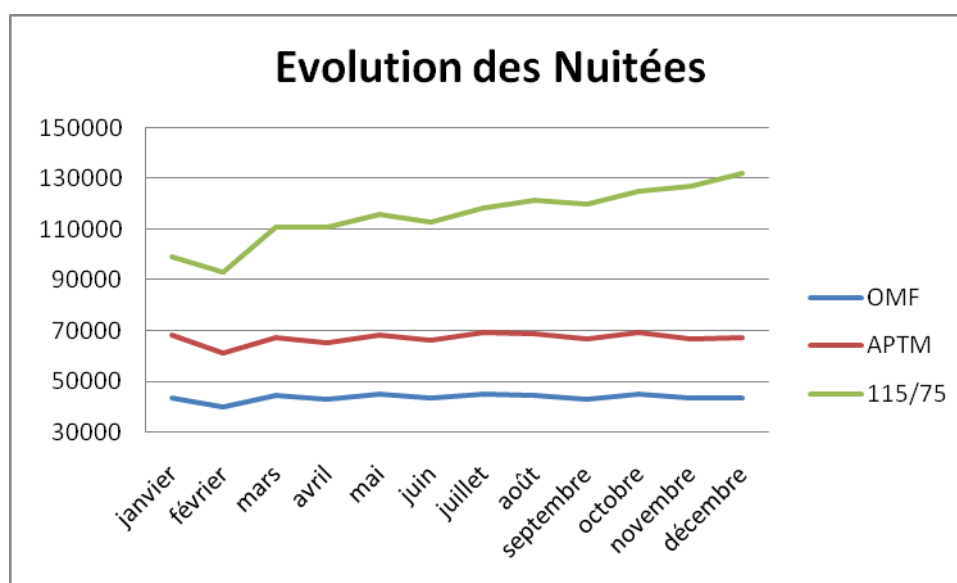
- de prévention et d'information,
- de conciliations.

L'équipe est également régulièrement mobilisée pour être présente sur les évacuations à la demande de la Préfecture de Paris, avec un encadrant. L'équipe est présente sur site et accompagne les personnes sur le lieu de prise en charge hôtelière.

Les missions du PHRH

Mission famille APTM, 115, OMF : mission fondatrice du service

En complémentarité des plateformes réservataires, 115-Pôle famille, APTM et OMF qui assurent une mission de suivi socio-administratif des familles en situation d'exclusion sociale, le PHRH assure la gestion, le suivi, le paiement et la vérification de l'ensemble des prises en charge en hébergement hôtelier :



Graphique1 : Evolution des nuitées par plateformes

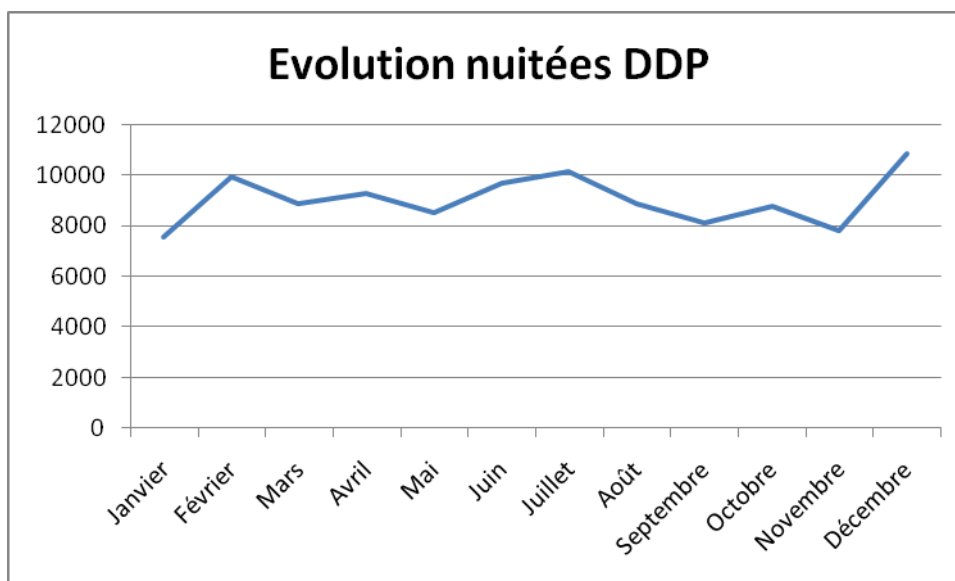
L'évolution des nuitées du 115-75 est la plus marquée de part sa place de « premier et dernier maillon » du dispositif. Depuis la création du service en 2006, on note que même si l'hébergement en hôtel n'est pas une solution satisfaisante, celui-ci reste en constante évolution. L'hébergement hôtelier en long séjour palie le manque de place des dispositifs plus adaptés tel que les centres maternels, les CHUS, les CHRS, le logement social ...

Mission Droits de Priorité : Soutien opérationnel et technique aux tutelles

Les droits de priorité, exceptionnels à l'origine, sont une demande de prise en charge spécifique émanant des pouvoirs publics (DRIHL, Préfecture, Ministère, Ville de Paris). Le PHRH est missionné pour héberger des personnes pour une durée définie par les tutelles.

Ces demandes relèvent dans la plupart des cas d'une mise à l'abri sécuritaire ou sanitaire : avis de péril sur un immeuble, insalubrité sur un campement ...

Au cours de l'année, le PHRH a assuré la prise en charge hôtelière de 632 nouvelles personnes réparties sur 20 nouvelles opérations de droits de priorité concernant 16 sites différents. Il a par ailleurs poursuivi la prise en charge hôtelière de 441 personnes réparties sur 31 opérations en cours depuis 2009.



Graphique 2 : Evolution des nuitées DDP sur l'année 2010

Pour rappel, en 2009, le PHRH avait assuré la prise en charge hôtelière de 553 personnes pour 14 opérations de droits de priorité.

Opération effectuée en 2010 pour le compte de la Préfecture et de la DRIHL de Seine Saint-Denis :

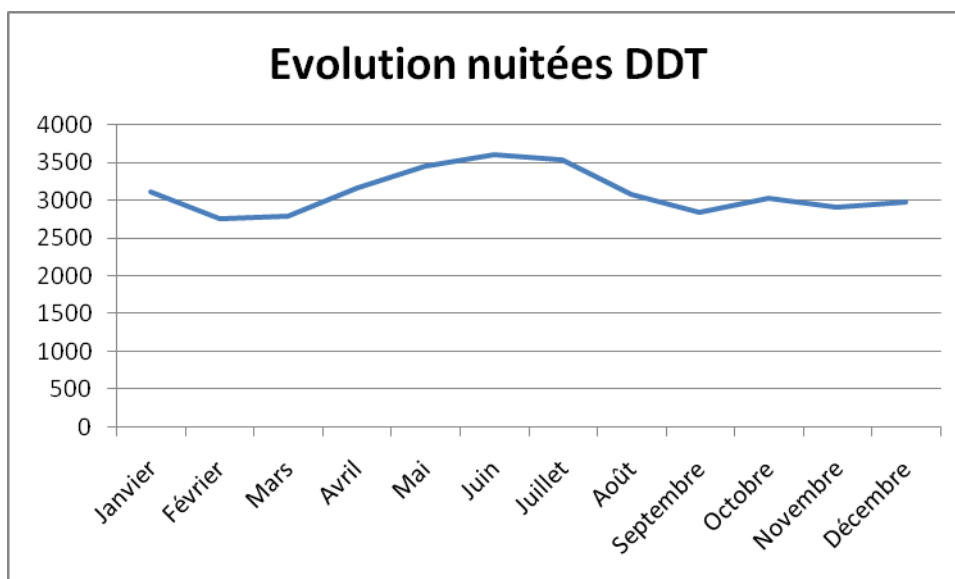
21/07/2010 : Opération Balzac

L'évacuation de la Tour Balzac s'est déroulée sur plusieurs jours (du 21 au 26/07/2010) mobilisant quotidiennement les équipes du PHRH, de jour comme de nuit. Cette opération s'est déroulée dans des conditions inhabituelles pour le PHRH, habitué à fonctionner avec une liste définie de personnes à prendre en charge et des orientations en adéquation avec les compositions familiales. Les prises en charge ont concerné 216 personnes.

La gestion est restée difficile et a duré plusieurs semaines durant lesquelles les équipes du PHRH continuaient à être mobilisées.

Mission Droits de Tirage

Le PHRH met à disposition du 115 de Paris des chambres à l'hôtel Savoy et à l'hôtel de France, situé dans le 10^{ème} arrondissement, afin de palier le manque de places d'hébergement d'urgence, et notamment pour les femmes. Cela représente 100 places disponibles chaque nuit. L'hôtel Savoy (44 places) a été dédié aux prises en charge des hommes et des couples, et l'hôtel France 10 (56 places) aux prises en charge des femmes et des couples.



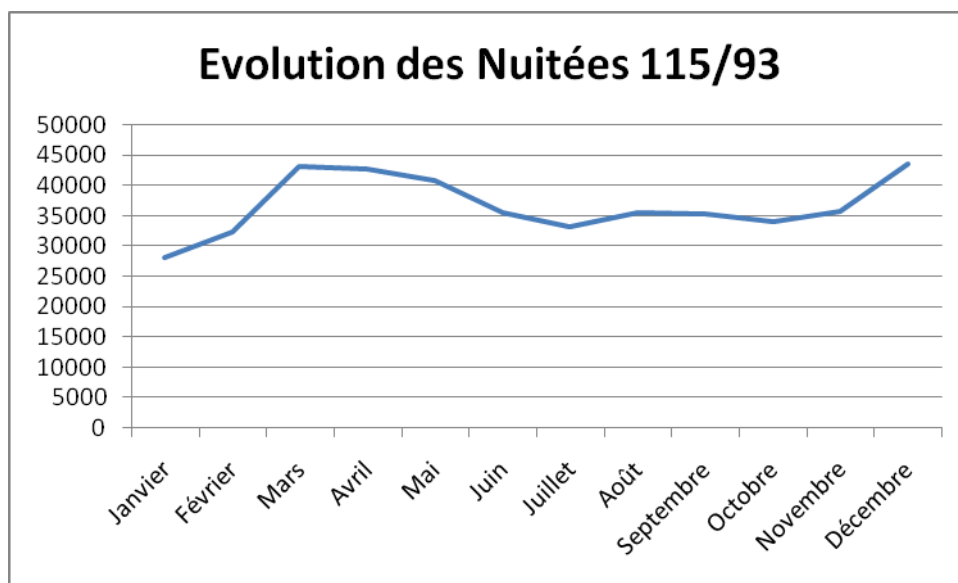
Graphique 3: Evolution des Nuitées DDT sur l'année 2010

Mission 115-93 : Une année de partenariat

Le PHRH gère et vérifie les nuitées du 115 de Seine Saint-Denis depuis le 01 août 2009. Des rencontres régulières avec le 115/93 ont permis d'adapter les pratiques des deux services afin d'optimiser ce partenariat.

Un nombre de nuitées croissant

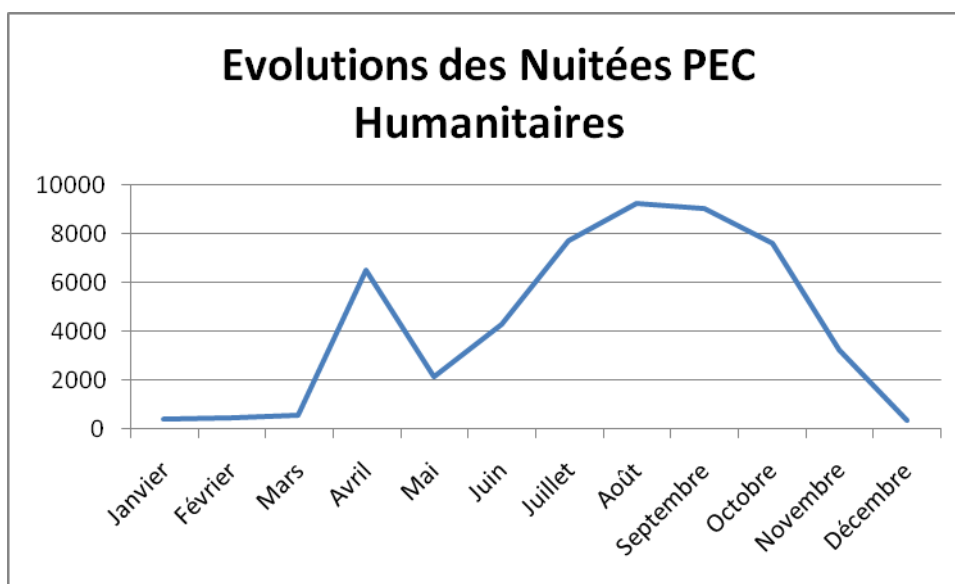
Lorsque le PHRH et le 115 de Seine-Saint-Denis ont conventionné, le quota des prises en charge hôtelières était plafonné à 460 nuitées. Or dès le premier jour du partenariat les prises en charge ont été nettement supérieures et n'ont cessé de croître depuis.



Graphique 4 : Evolution des Nuitées du 115/93 sur l'année 2010

Les prises en charge à titre humanitaire

La particularité du 115 de Seine Saint-Denis est de fonctionner sur la base d'orientations à titre humanitaire nuit par nuit. Cela a nécessité l'ouverture du service jusqu'à 22H30. Les familles doivent rappeler le 115 chaque jour (hormis le week-end) pour renouveler leur prise en charge. Si le 115 demande la reprise en charge de cette famille, celle-ci sera sur un hôtel différent de la veille selon les disponibilités hôtelières du jour.

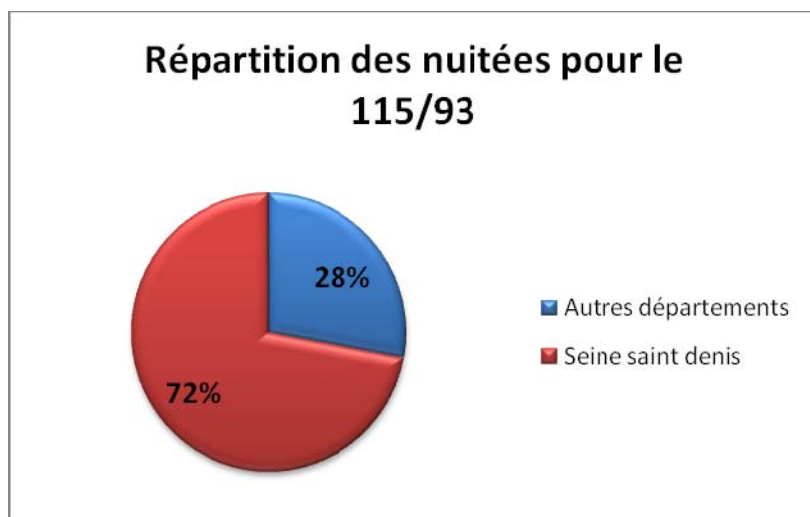


Graphique 5 : Evolution des prises en charge à titre humanitaire sur 2010 pour le 115-93

L'activité est très forte hors période hivernale puisque pendant cette période, les familles sont prises en charge en « long séjour » jusqu'à la sortie de l'hiver. Cela explique le nombre de prises en charge en avril (6 503 nuitées) et leur chute à partir d'octobre pour atteindre 347 nuitées en décembre. A titre informatif sur le mois de décembre, 7 264 personnes sont prises en charge en « Prises en charge à titre humanitaire » sur du long séjour. Au vu du nombre de prises en charge que cela a représenté en 2010 (51 569 nuitées), l'activité s'est très fortement ressentie sur l'astreinte du PHRH avec de nombreuses prises en charge après 22h30 et le week-end.

Localisation géographiques des prises en charge du 115/93

Il est à noter que lors de la signature de la convention, le PHRH avait pour mission d'orienter 80% du public mis à l'abri par le 115 sur le département de Seine Saint-Denis. Durant l'année 2010, le PHRH a pu orienter 72% de ce public dans ce département.



Graphique 6 : Répartition géographiques des nuitées du 115/93

Mission CASP

Le PHRH a été missionné pour intégrer, gérer et vérifier l'intégralité des nuitées familles du CASP. Celles-ci se répartissent entre le service Demandeurs d'Asiles, le service Déboutés et le service des Réfugiés / Régularisés.

Un audit, réalisé du 4 août 2009 au 16 octobre 2009, a mis en exergue des situations et des partenariats hôteliers qui ne pouvaient pas perdurer avec la prise en charge des nuitées par le PHRH, de part son cahier des charges.

Ceci explique que l'intégration des nuitées du CASP a débuté progressivement par la prise en charge des familles primo-arrivantes sur le dispositif à partir du 18 janvier 2010 puis par l'intégralité des nuitées à partir du 01 avril 2011. Ce délai étant imparti à la réorientation par le CASP des familles se trouvant sur des sites avec lesquelles le PHRH ne pouvait pas conventionner (chambres d'hôtes, hébergement en externe, hôtels défavorables) ou des familles se trouvant en forte sur-occupation.

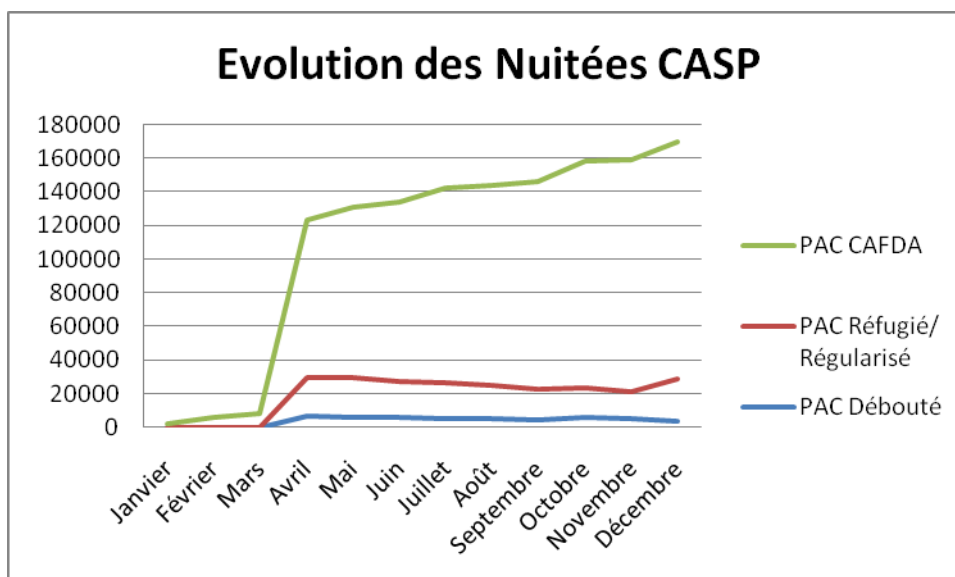
La priorité est donnée à la réorientation des familles se trouvant prises en charge dans les chambres d'hôtes et sur les hôtels défavorables. Le PHRH a dû intégrer des familles en situation de sur-occupation, ou encore débiter des partenariats avec des hôtels ne correspondant pas entièrement à ses critères au 01 avril.

Au 01 avril 2011, le PHRH a intégré 1086 familles soit 4093 personnes (2 120 adultes et 1973 enfants), réparties comme suit :

| | PAC CAFDA | PAC Débouté | PAC Réfugié / Régularisé | Total |
|---------------------|-----------|-------------|--------------------------|-------|
| Nombre de Familles | 821 | 67 | 198 | 1 086 |
| Adultes | 1 567 | 144 | 409 | 2 120 |
| Enfants | 1 548 | 84 | 341 | 1 973 |
| Nombre de Personnes | 3 115 | 228 | 750 | 4 093 |

Tableau1 : Répartition des familles prises en charge par le PHRH au 01/04/2010 pour le CASP

Depuis cette date, les prises en charge n'ont fait qu'augmenter pour les familles Demandeurs d'Asiles, suivie par la CAFDA.



Graphique 7 : Evolution des Nuitées CASP sur l'année 2010

De part ses compositions familiales et leur vécu, le public du CASP est un public distinct de celui pris en charge par les autres plateformes. Le CASP prend en charge l'ensemble d'une même cellule familiale, c'est-à-dire en incluant l'ensemble des générations.

En outre, de part leur parcours, les familles prises en charge par le CASP arrivent souvent démunies moralement et matériellement dans les hôtels, et doivent régulièrement se trouver proche des hôpitaux pour des suivis médicaux lourds. Leur intégration à l'hôtel est d'autant plus difficile qu'elles ne maîtrisent que très peu le français à leur première prise en charge.

Le bilan chiffré :

Pôle hébergement : L'intégration globale des nuitées du CASP s'étant faite en cours d'année, les données relatives à cette plateformes sont traitées distinctement (cf : plus loin CASP : 9 mois d'activité)

Les demandes d'hébergement exprimées au cours de l'année 2010 :

| Demandes d'hébergement reçues | Familles | Adultes | Enfants | Personnes |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 115 | 2 642 | 3 886 | 3 672 | 7 558 |
| APTM | 193 | 270 | 366 | 636 |
| OMF | 144 | 228 | 242 | 470 |
| 115-93 | 2 847 | 3 772 | 3 364 | 7 136 |
| TOTAL | 5 826 | 8 156 | 7 644 | 15 800 |
| Demandes d'hébergement traitées | Familles | Adultes | Enfants | Personnes |
| Hébergement à Paris | 726 | 950 | 729 | 1 679 |
| Hébergement en Petite Couronne | 4 089 | 5 659 | 5 446 | 11 105 |
| Hébergement en Grande Couronne | 1 011 | 1 547 | 1 469 | 3 016 |
| TOTAL | 5 826 | 8 156 | 7 644 | 15 800 |

Tableau2 : Répartition des demandes d'hébergement par plateformes

94% des demandes proviennent des 115 de Paris et de Seine Saint-Denis, ce qui s'explique par leur mission d'urgence et de mise à l'abri. Les prises en charge par l'APTM et l'OMF sont des intégrations des familles préalablement suivies par le 115 de Paris ou le CASP.

Le PHRH reçoit en moyenne 22 demandes d'hébergement par jour réparties majoritairement entre les deux 115 :

- 10 émanent du 115/75
- 11 émanent du 115/93
- 1 correspond à l'intégration d'une famille par l'APTM ou l'OMF
- 12,5% de ces demandes d'hébergement donnent lieu à un hébergement sur Paris Intra-Muros
- 70,2% de ces demandes d'hébergement donnent lieu à un hébergement en Petite Couronne
- 17,3% de ces demandes d'hébergement donnent lieu à un hébergement en Grande Couronne

L'hébergement à Paris Intra muros est réservé aux situations de famille l'exigeant et suivies par les plateformes parisiennes. Les hébergements à Paris Intra muros sont réservés aux familles dont la situation medico-psycho-sociale le requiert expressément.

Les demandes d'APEC :

| APEC reçus | Familles | Adultes | Enfants | Personnes |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 115 | 1712 | 2596 | 2571 | 5157 |
| APTM | 80 | 114 | 147 | 261 |
| OMF | 28 | 40 | 43 | 81 |
| 115-93 | 1669 | 2264 | 2103 | 4367 |
| TOTAL | 3489 | 5014 | 4864 | 9866 |

Tableau 3 : Répartition des demandes d'arrêt de prise en charge par plateforme

Le PHRH reçoit en moyenne 13 demandes d'Arrêt de Prise en Charge par jour. 96,9% émanent des 115 de Paris et de Seine Saint-Denis. Cela s'explique par leur mission d'urgence tandis que les familles suivies par les autres plateformes s'inscrivent dans une mission de suivie et donc de plus longue durée de prise en charge.

Les certificats d'hébergement :

| Plateformes | Familles |
|----------------------------------|-------------|
| 115 | 1133 |
| APTM | 42 |
| OMF | 6 |
| 115-93 | 382 |
| CASP | 2601 |
| Total Certificats Envoyés | 4164 |

Tableau 4: Répartition des certificats d'hébergement par plateformes

Le PHRH émet, en moyenne, 15 certificats d'hébergement par jour. Ils sont indispensables dans la plupart des démarches administratives (demande de régularisation, demande d'aide médicale d'état...) et permettent aux familles d'accéder à des distributions alimentaires.

La plateforme CASP reste le premier demandeur de certificats d'hébergement.

Les changements d'hôtel

Sur les 1 054 demandes reçues par les plateformes :

- 56% de ces demandes ont été honorées
- 28% ont été annulées
- 16% sont encore en cours de traitement au 31/12/2010 en attente de la disponibilité hôtelière en adéquation avec la demande.

| Motifs des demandes | Demandes reçues | | Traitées | | Annulées | | En cours au 31/12/2010 | |
|--------------------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------------|------------|
| | Famille | Personne | Famille | Personne | Famille | Personne | Famille | Personne |
| A la demande de l'hôtelier | 60 | 188 | 43 | 133 | 8 | 29 | 7 | 23 |
| Changement de compo. familiale | 97 | 350 | 52 | 169 | 20 | 79 | 29 | 115 |
| État de santé | 177 | 620 | 95 | 318 | 65 | 229 | 20 | 75 |
| Mise en danger des individus | 125 | 390 | 78 | 228 | 37 | 124 | 11 | 36 |
| Régularisation | 107 | 376 | 46 | 149 | 39 | 148 | 23 | 82 |
| Scolarisation | 52 | 172 | 29 | 97 | 8 | 31 | 6 | 23 |
| Vie quotidienne | 436 | 1299 | 246 | 716 | 121 | 379 | 71 | 212 |
| TOTAL | 1 054 | 3 395 | 589 | 1 810 | 298 | 1 019 | 167 | 566 |
| Plateformes référentes | | | | | | | | |
| APTM | 193 | 553 | 109 | 284 | 3 | 9 | 81 | 260 |
| 115 Paris | 575 | 1893 | 320 | 1021 | 205 | 695 | 50 | 177 |
| 115/93 | 107 | 292 | 66 | 175 | 37 | 106 | 4 | 11 |
| OMF | 179 | 657 | 94 | 330 | 53 | 209 | 32 | 118 |
| TOTAL | 1 054 | 3 395 | 589 | 1 810 | 298 | 1 019 | 167 | 566 |

Tableau 5 : Répartition des demandes de changement d'hôtel reçues par critères et plateformes.

La majorité de ces demandes sont effectuées pour la « Vie Quotidienne » (41%), puis pour raison médicale (17%). Les demandes de changement d'hôtel pour « Vie Quotidienne » concernent les familles qui sont sujettes aux changements d'hôtel réguliers (lors des prolongations, la prolongation n'est pas possible sur le même site...), ou les familles réorientées suite à une fin de partenariat avec un hôtel alors que ses repères se situent proche de ce dernier... Logiquement la plateforme qui sollicite davantage le PHRH pour un changement d'hôtel est le 115 de Paris (54%), qui proportionnellement prend en charge plus de familles.

Pôle Vérification

En 2010, les équipes terrain du PHRH se sont déplacées 1 128 fois, ont vérifié 5 204 chambres d'hôtels et rencontrés 2806 familles en médiation. Au cours de ces déplacements, ont été réalisés :

- 330 visites classiques
- 371 visites de vérification spécifique
- 305 médiations individuelles
- 174 familles rencontrées dans le cadre de SOLIBAIL
- 18 médiations globales
- 14 visites d'accompagnement travaux
- 74 gestions de crise
- 102 visites de nouveaux hôtels en vu d'un partenariat

La médiation :

Les visites classiques :

A noter que les données figurant ci-dessous sont extraites des visites effectuées à un instant T en hôtel.

Durant l'année les médiateurs ont pu rencontrer 2 171 familles sur les 3 104 prises en charge dans les hôtels concernées par les visites classiques. Soient 549 familles à Paris contre 1 622 familles en banlieue.

Familles prises en charge dans les hôtels visités :

| | Paris | Banlieue | total |
|---------------------|-------|----------|--------|
| Nombre de Familles | 997 | 2 107 | 3 104 |
| Adultes | 1 494 | 4 502 | 5 996 |
| Enfants | 1 194 | 4 334 | 5 528 |
| Nombre de personnes | 2 688 | 8 836 | 11 524 |

Tableau 6 : Nombre de familles prises en charge dans les hôtels visités

Familles rencontrées lors de la visite :

| | Paris | Banlieue | Total |
|---------------------|-------|----------|-------|
| Nombre de Familles | 549 | 1 622 | 2 171 |
| Adultes | 843 | 2 779 | 3 622 |
| Enfants | 728 | 2 792 | 3 520 |
| Nombre de personnes | 1 571 | 5 571 | 7 142 |

Tableau 7 : Nombre de familles rencontrées dans les hôtels visités

Environ 69% des familles étaient présentes à l'hôtel lors de la venue des équipes, ce qui est nettement supérieur à l'année 2009 (58%).

Analyse des résultats de médiation :

Les compositions familiales:

- *Les familles monoparentales :* 46% des familles prises en charge sur les hôtels visités sont des familles monoparentales.

| Familles Monoparentales | Paris | Banlieue | Total |
|-------------------------|-------|----------|-------|
| Toutes plateformes | 563 | 877 | 1 440 |
| En % | 56,5% | 41,6% | 46,4% |

Tableau 8 : Répartition géographiques des familles monoparentales prises en charge dans les hôtels visités

Les familles monoparentales prises en charge sont majoritairement composées d'un adulte et un enfant, ce qui correspond aux compositions familiales des familles de cette typologie rencontrées (56%) :

| Nb d'enfant(s) / Familles Mono | Paris | Banlieue | Total |
|---------------------------------|-------|----------|-------|
| 0 | 54 | 77 | 131 |
| 1 | 148 | 333 | 481 |
| 2 | 42 | 121 | 163 |
| 3 et plus | 18 | 67 | 85 |
| Total Familles mono rencontrées | 262 | 598 | 860 |

Tableau 9 : Nombre d'enfant(s) mineurs au sein des familles monoparentales rencontrées en hôtel

- *Les familles biparentales :* environ 53% des familles prises en charge dans les hôtels visités sont composées d'un couple.

| Familles Biparentales | Paris | Banlieue | Total |
|-----------------------|-------|----------|-------|
| Toutes Plateformes | 434 | 1 230 | 1 664 |
| En % | 43,5% | 58,4% | 53,6% |

Tableau 10 : Répartitions géographiques des familles biparentales prises en charge dans les hôtels visités

Les familles prises en charge sont majoritairement composées d'un couple et deux enfants, tout comme l'échantillon de familles rencontrées en hôtel (34%)

| Nb d'enfant(s) mineurs/ Familles Biparentales | Paris | Banlieue | Total |
|--|------------|--------------|--------------|
| 0 | 48 | 92 | 140 |
| 1 | 76 | 313 | 389 |
| 2 | 110 | 337 | 447 |
| 3 et plus | 51 | 282 | 333 |
| Total Familles biparentales rencontrées | 285 | 1 024 | 1 309 |

Tableau 11: Nombre d'enfant(s) mineurs au sein des familles biparentales rencontrées

- Les enfants mineurs

Deux tranches d'âge ressortent majoritairement parmi les enfants mineurs des familles rencontrées : celle des 0-3 ans (37,7%) et celle des 6-15 ans (31,3%)

La tranche d'âge des 0 à 3 ans est la plus représentée chez les familles suivies par le 115 de Paris, de Seine Saint-Denis et par l'APTM. Cette donnée est révélatrice de la logique du cadre de prise en charge des 115 (*mise à l'abri des enfants de moins de trois ans*), et par conséquent de l'APTM qui suit des familles émanant du 115 de Paris. Quant aux enfants issus des familles suivies par le CASP, ils sont majoritairement âgés de 6 à 15 ans. Les enfants des familles suivies par l'OMF sont répartis principalement entre la tranche 0-3 ans et la tranche 6 – 15 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les familles suivies par l'OMF peuvent venir soit du CASP (service Débouté) soit du 115/75.

| Tendances des âges | 0 à 3 ans | 3 à 6 ans | 6 à 15 ans | 15 à 18 ans | Total |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 115/75 | 526 | 182 | 195 | 45 | 948 |
| 115/93 | 79 | 29 | 35 | 3 | 146 |
| APTM | 236 | 206 | 192 | 25 | 659 |
| OMF | 115 | 85 | 155 | 30 | 385 |
| CASP | 313 | 273 | 465 | 162 | 1213 |
| DDP | 12 | 8 | 20 | 5 | 45 |
| Total | 1 281 | 783 | 1 062 | 270 | 3 396 |
| <i>Soit % des enfants / tranche d'âge</i> | <i>37,7%</i> | <i>23,1%</i> | <i>31,3%</i> | <i>8,0%</i> | <i>100%</i> |

Tableau 12 : Répartition des enfants rencontrés par tranche d'âge et par plateformes

- Les familles composées de 3 majeurs ou plus

Les années précédentes, peu de familles comportaient des adultes en sus des parents. Lorsque cela se produisait, il s'agissait principalement d'enfants devenus majeurs. Avec l'intégration des nuitées de la CAFDA cette particularité s'est généralisée.

| Familles composées de 3 adultes ou plus | Total |
|---|------------|
| Toutes Plateformes | 176 |
| <i>Dont CASP</i> | <i>102</i> |

Tableau 13 : Nombre de familles rencontrées composées de 3 adultes ou +

58% de ces familles émanent du CASP.

Scolarisation et cantine :

Sur les 1 845 enfants âgés de 3 à 16 ans, rencontrés lors des visites, 1 198 sont scolarisés, soit environ 65% de cette tranche d'âge. La scolarisation est proportionnellement plus importante à Paris qu'en banlieue.

| Scolarisation | Ecole Maternelle | | Ecole Obligatoire | | Total |
|-------------------------------|------------------|----------|-------------------|----------|-------|
| | Paris | Banlieue | Paris | Banlieue | |
| Enfants rencontrés | 167 | 616 | 227 | 835 | 1 845 |
| Enfants scolarisés | 113 | 336 | 209 | 540 | 1 198 |
| Soit % des enfants scolarisés | 67,7% | 54,6% | 92,0% | 64,7% | 65,0% |

Tableau 14 Répartition des enfants scolarisés toutes plateformes confondues

L'accès à la cantine semble difficile puisque quasi 1 enfant scolarisé sur 2 ne parvient pas à en bénéficier. Les plateformes en charge du suivi social expliquent cette difficulté par les refus des services sociaux.

| | Paris | Banlieue | Total |
|---|-------|----------|-------|
| Enfants inscrits à la cantine | 203 | 505 | 708 |
| Soit % des enfants scolarisés bénéficiant de la cantine | 63,0% | 57,7% | 59,1% |

Tableau 15 : Nombre d'enfants inscrits à la cantine

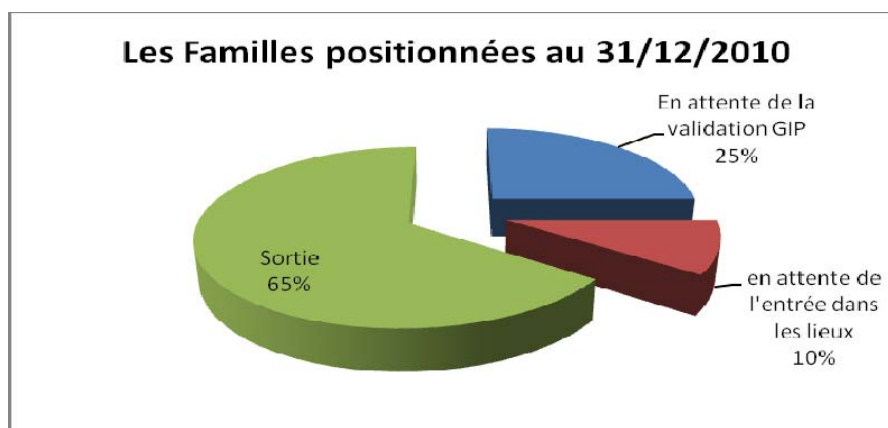
Solibail

Entre avril et décembre 2010, un médiateur du PHRH a été détaché en soutien du pôle famille du 115/75 pour effectuer les évaluations des familles positionnables sur SOLIBAIL. Une famille est positionnée lorsqu'elle remplit les critères de prise en charge par le GIP HIS et qu'un logement correspond à sa demande (en fonction de la composition familiale et du temps de trajet entre le logement et le lieu de travail).

| | Familles rencontrées | En Attente | Refus | Positionnées |
|-----------------|----------------------|------------|-------|--------------|
| Nb Famille | 174 | 17 | 85 | 72 |
| Nb Adultes | 273 | 28 | 133 | 112 |
| Nb Enfants | 275 | 25 | 136 | 114 |
| Nb de personnes | 548 | 53 | 269 | 226 |

Tableau 16 : Etat du positionnement des familles rencontrées

Les familles sont « en attente » lorsqu'un des critères n'est pas rempli pour que leur candidature soit transmise au GIP HIS. Il s'agit souvent de ressources insuffisantes ou des démarches non abouties en Préfecture. Les « refus » concernent les familles non-positionnables, ou positionnées mais refusées par le GIP HIS, souvent suite au montant trop élevé des dettes, ou encore les familles qui ont-elles-mêmes refusé une proposition. Si une famille refuse pour une raison qualifiée de non-valable, malgré l'intervention des écoutants sociaux et du médiateur, un arrêt de prise en charge est effectué par le 115. Sur les 72 familles positionnées, 47 ont intégré leur logement au 31/12/2010, 7 sont en attente de l'entrée dans les lieux, et 18 en attente de la validation de leur candidature par le GIP HIS.



Graphique 8 : Positionnement des familles au 31/12/2010

La vérification :

Le PHRH a reçu 391 demandes de vérifications :

- 22,5 % de ces demandes ont pu être résolues à distance
- 62,4% de ces demandes ont nécessité un déplacement sur le terrain
- 13,6% de ces demandes ont été annulées suite à un changement d'hôtel ou une fin de prise en charge
- 1,5% de ces demandes étaient toujours en cours au 31-12-2010.

| | 115/75 | APTМ | OMF | DDP | 115/93 | CASP | Autre | Total |
|--------------------------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|------------|
| Traité par tél/mail/fax | 42 | 17 | 4 | 1 | 12 | 9 | 3 | 88 |
| Traitées sur le terrain | 103 | 44 | 12 | 0 | 46 | 35 | 4 | 244 |
| Annulées | 16 | 4 | 0 | 0 | 20 | 12 | 1 | 53 |
| En attente au 31/12/2010 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Total | 162 | 69 | 16 | 1 | 79 | 56 | 8 | 391 |

Tableau 17: Répartition des demandes de vérifications par plateformes

Il est à noter qu'une même demande de vérification peut concerner plusieurs motifs :

| Motif de la Demande de Vérification | Total |
|---|------------|
| eau chaude/froide - pb WC/douche/évier | 74 |
| Absence de chauffage | 49 |
| état bâti (murs, sols, fenêtre) | 50 |
| literie inadaptée/suroccupation | 81 |
| fonctionnement cuisine problématique | 11 |
| humidité, aération, moisissures | 58 |
| dysfonctionnement électrique (éclairage, PE, fils...) | 19 |
| propreté chambre | 31 |
| présence de nuisibles (cafards, rats...) | 89 |
| mobilier abîmé | 9 |
| | 471 |

Tableau 18 : Répartition des demandes de vérifications par motif

Plus de 70% des interventions sont liés dans l'ordre à la présence de nuisibles, d'humidité, à l'état de l'hôtel, l'absence d'eau chaude et enfin à la literie. Ces interventions ne révèlent pas toutes des dysfonctionnements propres à l'hôtel. La majorité des demandes a nécessité un déplacement d'une équipe sur le terrain.

CASP : 9 mois d'activité

Les données ci-dessous concernent les prises en charge à partir du 01/04/2010, date à laquelle l'intégralité des nuitées familles du CASP est gérée par le PHRH.

L'évolution des prises en charge du CASP

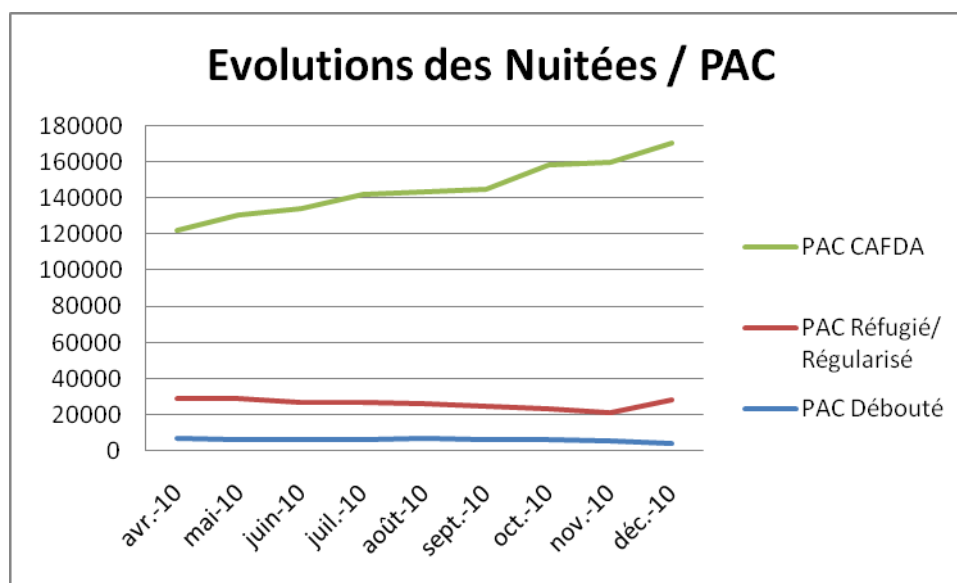
En 9 mois, les prises en charge hôtelières du CASP, tous PAC confondus, ont augmenté de 39%.

| Mois | Moyenne | Moyenne | Total | Nombre de famille | Nombre nuitées | Augmentation activité par mois sur nuitées | Cumule |
|---------|---------|---------|-------|----------------------|-------------------|---|--------|
| | Adulte | enfant | | | | | |
| avr-10 | 2 097 | 1 986 | 4 082 | 1 155 | 122 474 | 0% | 0% |
| mai-10 | 2 151 | 2 066 | 4 218 | 1 194 | 130 751 | 7% | 7% |
| juin-10 | 2 266 | 2 206 | 4 472 | 1 287 | 134 173 | 3% | 10% |
| juil-10 | 2 316 | 2 269 | 4 585 | 1 315 | 142 120 | 6% | 16% |
| août-10 | 2 339 | 2 304 | 4 643 | 1 339 | 143 927 | 1% | 18% |
| sept-10 | 2 421 | 2 427 | 4 848 | 1 391 | 145 449 | 1% | 19% |
| oct-10 | 2 542 | 2 568 | 5 110 | 1 460 | 158 402 | 9% | 29% |
| nov-10 | 2 646 | 2 680 | 5 326 | 1 505 | 159 773 | 1% | 30% |
| déc-10 | 2 743 | 2 763 | 5 506 | 1 566 | 170 674 | 7% | 39% |

Tableau 19 : Nuitées de la CAFDA depuis avril 2011

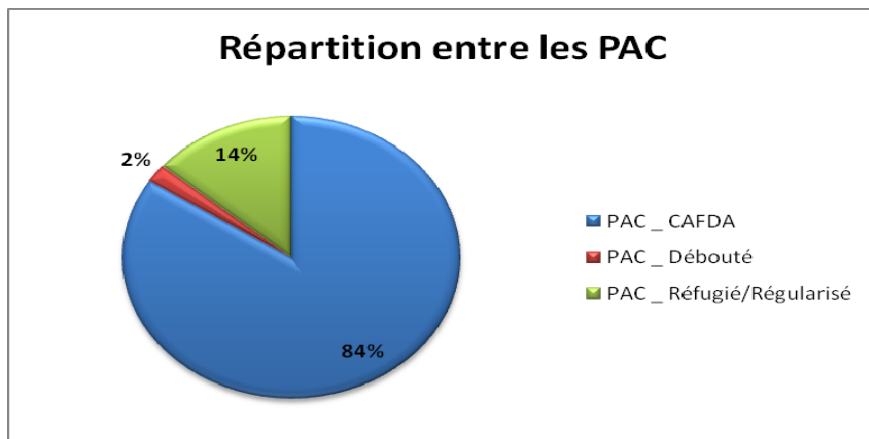
L'évolution des prises en charge par pôle

Si nous observons cette évolution selon les services du CASP, il apparaît logiquement une nette évolution des familles suivies par le service des Demandeurs d'Asile. Les familles suivies par le service Débutés ont progressivement diminué, en partie grâce aux transferts de celles-ci vers la plateforme de l'OMF. Quant au service suivant les familles réfugiées ou régularisées, l'évolution de ces nuitées devraient être à la baisse. L'augmentation présente au mois de décembre s'explique en partie par la transmission de ce service au PHRH de changements de situations de familles jusque là fléchées « demandeurs d'asile ».



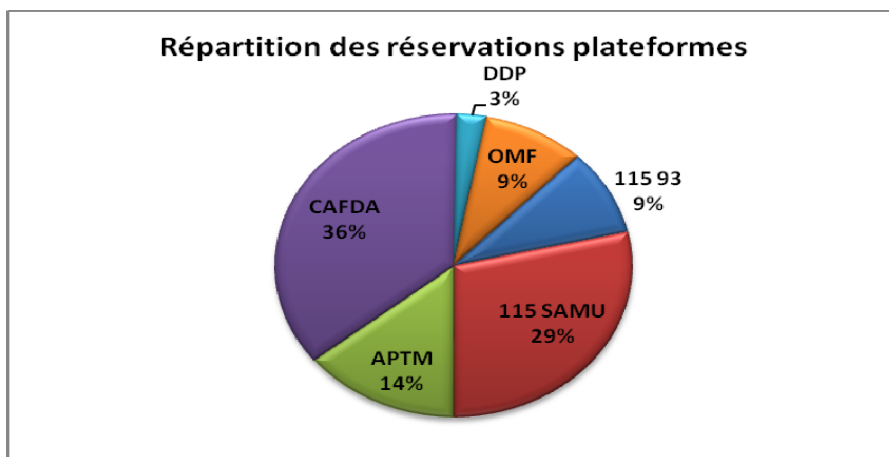
Graphique 9: Evolution des nuitées par PAC en 2010

Les familles Demandeurs d'Asile représentent 8 familles sur 10 familles prises en charge par le PHRH pour le CASP.



Graphique 10 : Répartition des prises en charge par PAC

A titre informatif, par rapport aux autres plateformes, les prises en charge du CASP représentent plus d'un tiers des réservations effectuées par le PHRH (données supérieures aux prises en charge de l'OMF, de l'APTM, du 115/93 et des DDP 75 réunis).



Graphique 11 : répartition des réservations hôtelières par plateformes

Parc Hôtelier PHRH : toutes plateformes confondues

- Réservations de 1 639 779 chambres réparties de la manière suivante : 66% dans des hôtels indépendants; 14% dans des chaîne hôtelières ; 13% dans des résidences hôtelières ; 7% dans d'anciens hôtels chaîne gérés par des indépendants.
- Des réservations émises au sein de 357 hôtels différents

Intégration du CASP et augmentation du nombre de nuitées

- *En résidences hôtelières :*

Le parc hôtelier du CASP audité en 2009 a montré un nombre important de familles nombreuses en suroccupation. Les chambres d'hôtels classiques n'excédant que rarement des capacités de plus de 3 personnes, une prospection plus intensive sur de la résidence hôtelière et l'appart' hôtel a été effectuée. Ce segment a une forte perspective de développement. Après avoir étudié différentes propositions, la société MSF (Monde Sans Frontière) a été retenue car elle apportait toutes les garanties structurelles et financières pour contracter avec ce type d'établissement. A la fin de l'année, MSF représente 5% des nuitées réservées, réparties sur 250 chambres.

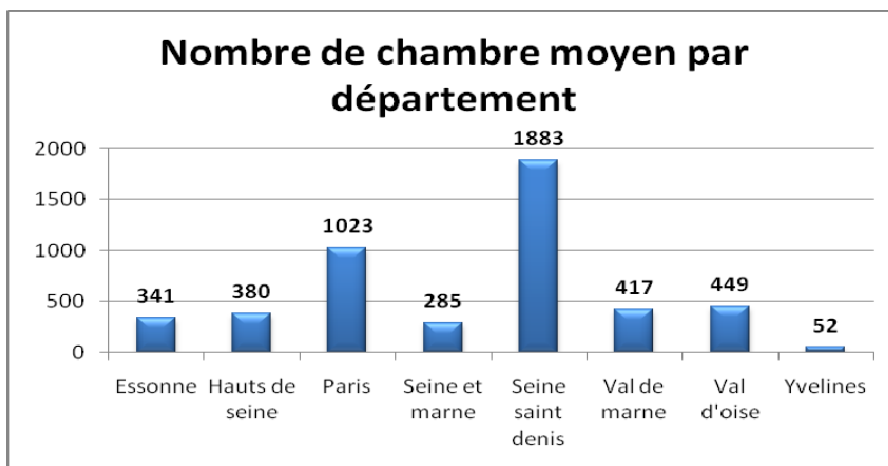
- *En développant le parc :*

Entre 2009 et 2010, le nombre de nuitées a connu un accroissement sans précédent : + 85 % de nuitées supplémentaires. Ce qui a valu une prospection permanente et intensive. 258 visites ont données lieu à 143 nouveaux partenariats hôteliers (dont 26 reprises de partenariat). Le CASP, et les 115/75 et 115/93 ont connu une activité à forte croissance. En effet entre le 01/04 et le 31/12, le nombre de nuitées a augmenté de 15%. Cette hausse a contraint le PHRH à fournir 700 chambres supplémentaires.

L'accompagnement et la disponibilité des équipes auprès des hôteliers ont permis de maintenir la majeure partie de nos fournisseurs. En 2010, la collaboration avec 38 établissements a été suspendue, faute de prestations satisfaisantes. Ces derniers assuraient moins de 2% de la réservation globale. Ce résultat est plutôt encourageant au regard des exigences élevées et de la politique commerciale du PHRH visant la réduction des coûts.

Les réservations toutes plateformes confondues

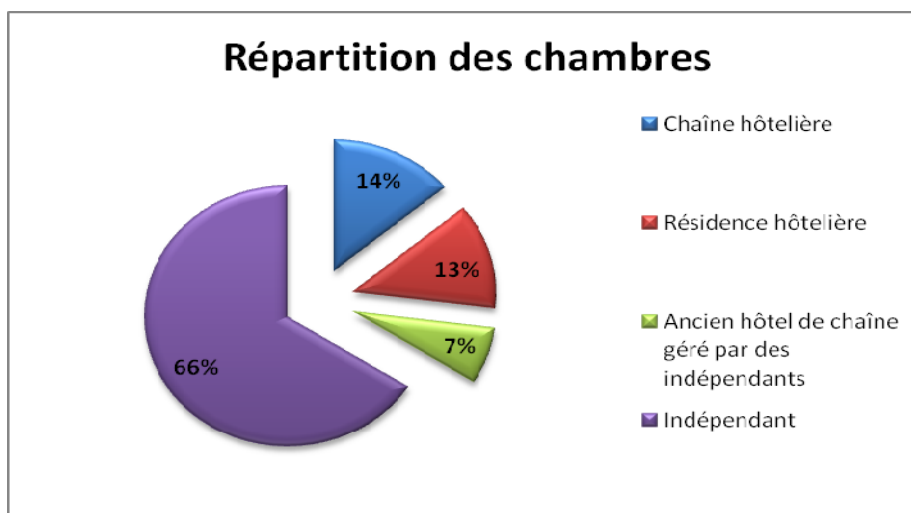
En 2010, le parc hôtelier regroupe 357 partenaires hôteliers différents au sein desquels 1 762 911 chambres ont été réservées sur l'année, soit 4 830 chambres réservées en moyenne par nuit. Les chambres ont été réservées majoritairement sur le département de Seine Saint-Denis puis sur Paris.



Graphique 12 : Répartition des chambres par département.

Type d'établissements hôteliers utilisés:

Les chambres sont davantage réservées sur des hôtels indépendants (66%), c'est-à-dire des établissements familiaux offrant des prestations permettant aux familles hébergées d'avoir un minimum de confort (cuisine commune, salle de bain privative....)



Graphique 13: Répartition du parc hôtelier par type d'établissement

A titre de rappel,

- Les hôtels de chaîne hôtelière : hôtel dont le nom et les caractéristiques sont communs à l'ensemble des établissements travaillant sous la même enseigne. A l'origine, ces hôtels sont destinés à accueillir une clientèle touristique de passage.
- Les Résidences hôtelières : hôtel dont l'équipement des chambres permet une autonomie des familles (salle de bain, WC, kitchenette).

Cette répartition est semblable à celle de 2009. On note une baisse des réservations des chambres dans les hôtels indépendants ainsi que sur les chaînes hôtelières en faveur des Résidences Hôtelières.

Tarifs

Résultats :

- Baisse du coût de la nuitée entre 2009 et 2010 de 59 cents d'euro.
- Plus de 2,7M€ d'économie substantielle réalisée.

Référentiel tarifaire :

Il a été établi une grille (en annexe) déterminant de manière indicative les tarifs à la nuitée des hôtels en fonction de leur confort/prestation et de leur localisation. Cet outil a pour objectif de mettre en adéquation les différents paramètres cités précédemment. Outre les perspectives de développement qu'elle ouvre, cette méthode a permis de réduire et d'harmoniser les prix. Ainsi les 65 hôteliers de la CAFDA reçus entre décembre 2009 et avril 2010 ont vu leur prix négociés à la baisse ou figés.

Application de la grille tarifaire :

Ci-dessous, un détail des coûts de nuitées mettant en évidence le tarif compétitif des hôtels entrant.

| Type de partenariat | Nuitées | Tarif moyen |
|---|------------------|----------------|
| Hôtel DDT | 34 523 | 26,04 € |
| Rentrés en 2010 et encore présents au 31/12/10 | 934 893 | 16,35 € |
| Rentrés en 2010 et sortis avant 31/12/10 | 51 149 | 16,63 € |
| Partenaires présents en 2009 et en 2010 | 3 605 833 | 17,03 € |
| Partenaires présents en 2009 et sortis en 2010. | 24 122 | 16,76 € |
| Total général | 4 650 520 | 16,95 € |

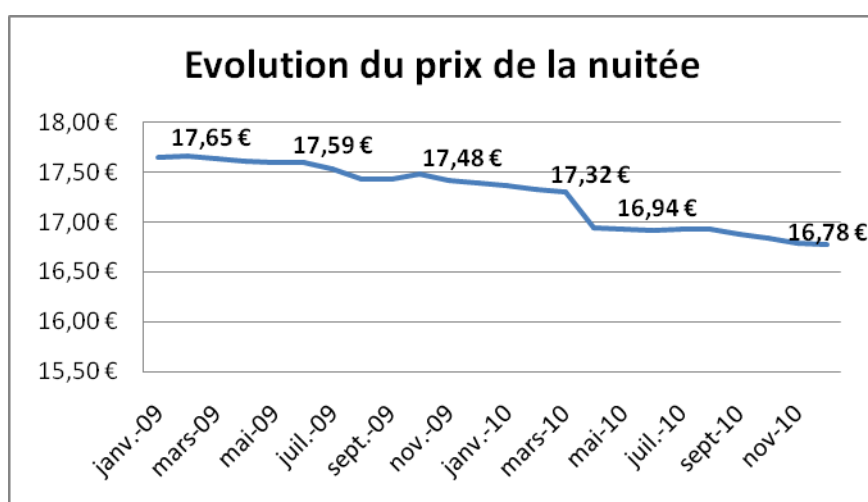
* Savoy et France 10 ont été retirés de ce parc car ils ont un tarif spécial et il n'y a pas de nouvel hôtel DDP entrant.

Si les hôtels entrants avaient été rentrés au prix des hôtels habituels (cad 17,03€), les 986 042 nouvelles nuitées (934 893 + 51 149) auraient été engagées pour un montant 16 791 802,28 €, soit 659 964,20 € de plus que le tarif négocié (16,35€ et 16,63€). Cette grille tarifaire a été appliquée au dernier prestataire entré ce qui a contribué à la baisse réalisée. En effet MSF a un tarif négocié de 16€ pour les zones RATP 1, 2,3 et 4 et 15€ pour les zones 5 et 6. Cette économie substantielle se rapporte à plus de 2,7M€ non engagés.

Détails : Prix moyen de la nuitée en 2009 : 17,54€

Prix moyen de la nuitée en 2010 : 16,95€

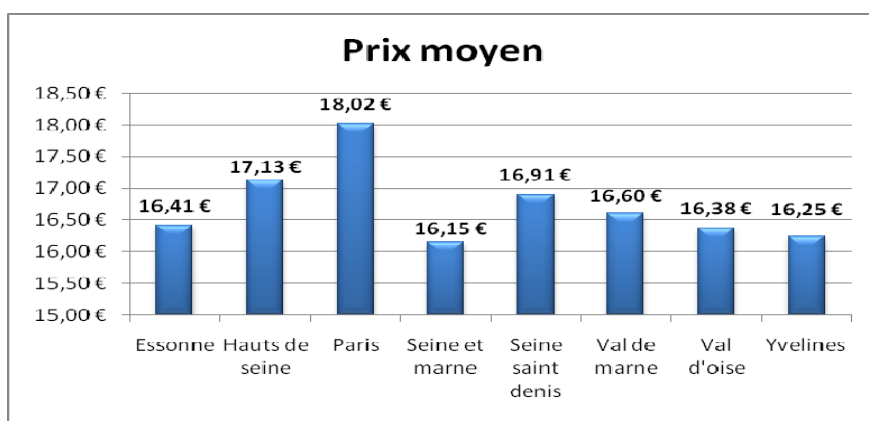
Nombre de nuitées 2010 : 4 650 520



Graphique 14 : Evolution du prix de la nuitée sur 2010

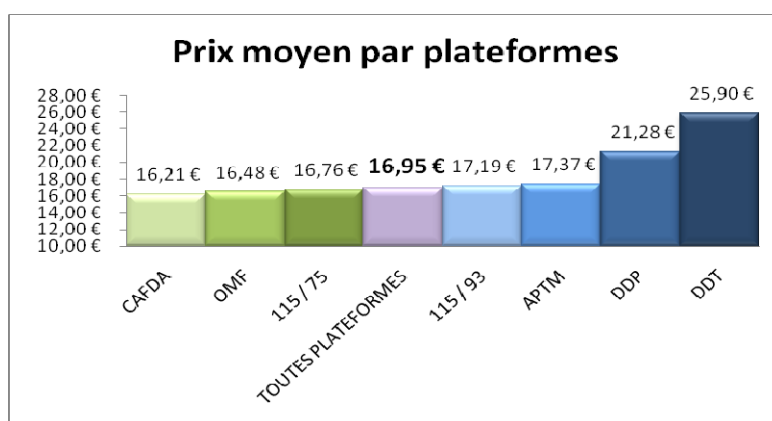
Le prix moyen de la nuitée en 2010

Le prix moyen de la nuitée est conditionné à la localisation géographique. Plus l'hôtel se situe loin de la capitale, moins la nuitée est chère. En effet, la nuitée parisienne est la plus chère (18.02€) suivie par la nuitée en petite couronne (16.88 €) puis la nuitée en grande couronne (16,30€).



Graphique 15 : Tarifs par secteur géographique

Le prix moyen de la nuitée est également conditionné au type de public accueilli et donc au type de chambre recherchée.



Graphique 16 : Prix moyen de la nuitée par plateformes

Les nuitées DDP (21,28€) et DDT (25,90€) sont largement plus coûteuses que les nuitées familles (16,80€) car les chambres *singles* et *twins* (aménagées de deux lits singles) sont les plus chères. Les nuitées du 115/93 (17,19€) sont élevées car les chambres réservées en « one-shoot » sont plus chères que des chambres pour le moyen ou long séjour. Cela s'explique par le fait que les hôteliers doivent effectuer le ménage chaque jour, alors que cette prestation est plus espacée dans d'autres chambres. Le PHRH prenait en charge en début d'année 2010 plus de 8 200 personnes chaque nuit pour le compte de 4 plateformes (APTM-OMF-115/75 –115/93), représentant une dépense quotidienne moyenne d'environ 142 419€ pour la réservation de plus de 3 159 chambres sur un parc hôtelier constitué de plus de 236 hôtels. Après douze mois d'activité, en décembre 2010 ces chiffres ont nettement évolué. En effet, le nombre de prises en charge est passé à plus de 15 200 personnes en moyenne par nuit représentant une dépense quotidienne moyenne de plus 254 612€ pour la réservation de plus de 5 717 chambres sur un parc hôtelier constitué de plus de 318 hôtels. Depuis la pérennisation du PHRH fin 2007, la tension sur le dispositif ne cesse de s'accroître. Celui-ci doit et s'est adaptée constamment en fonction des besoins de chaque plateforme et de chaque nouvelle mission qu'il s'est vu confier en élaborant de nouvelles procédures et en restructurant l'organisation interne du service.

*Un ensemble de missions supports au service
de l'urgence*

*Le Département de l'Observation
et de la Prospective*

- L'Observatoire du Samusocial de Paris

L'OBSERVATOIRE DU GIP SAMUSOCIAL DE PARIS : OBSERVER ET COMPRENDRE POUR AGIR

L'Observatoire a pour mission d'identifier et d'analyser les problématiques des populations rencontrées par les équipes du Samusocial de Paris. Il a pour objectif d'établir une typologie des publics, d'observer leurs conditions de vie, et d'analyser leurs besoins et attentes relatifs à la santé physique et psychique, comme à leur situation sociale.

L'Observatoire assure ses missions à partir des données recueillies dans le cadre de l'activité des différents services du Samusocial de Paris et aussi par la mise en œuvre d'études ponctuelles dans les domaines de l'épidémiologie, la sociologie, l'anthropologie et la psychologie. Ces études visent non seulement à contribuer au développement des connaissances sur cette population, mais aussi à participer à l'amélioration de la prise en charge des personnes et à contribuer à l'adaptation et l'évaluation des politiques publiques de lutte contre l'exclusion.

Etudes finalisées ou en cours

- √ Enquête sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement d'Ile-de-France (SAMENTA)

L'année 2010 a été consacrée aux analyses approfondies de l'enquête Samenta, initiée début 2008, et dont la collecte de terrain avait eu lieu entre février et avril 2009. Huit cent quarante personnes ont participé à cette enquête, ce qui a permis, grâce à la pondération de l'échantillon, d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide pendant la période d'étude à 21 176 personnes (IC_{95%} [17 582 ; 24 770]).

Un premier rapport présentant les résultats a été publié en janvier 2010¹². Celui-ci s'intéresse principalement aux prévalences des troubles psychiatriques et des addictions. Un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux. Cette prévalence de troubles sévères est plus forte qu'en population générale. Elle reflète le risque élevé de rupture sociale présenté par les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles sévères de l'humeur. Elle est, en particulier, dix fois plus importante pour les troubles psychotiques. De même, la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix. Les prévalences de troubles psychiatriques sévères et d'addictions sont plus élevées dans des dispositifs à bas seuil, qui accueillent un public plus défavorisé et ne facilitent pourtant pas l'accès ou le maintien dans le soin. Les structures d'urgence et les hôtels sociaux sont particulièrement concernés. La co-morbidité entre troubles psychiatriques et addictions est aussi plus importante parmi les personnes sans logement personnel que parmi la population générale. Par ailleurs, si les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu, pour plus des deux tiers d'entre elles, un recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie, la majorité d'entre elles n'est plus suivie : le maintien dans le soin s'avère problématique. Toutefois, il faut noter que leur observance du traitement n'est pas moins bonne que celle des personnes atteintes de troubles psychiatriques en population générale. Statistiquement, la plupart de ces résultats ne diffère pas de ceux obtenus par V. Kovess et C. Mangin-Lazarus il y a plus de dix ans. Concernant la santé mentale et les addictions, les personnes sans logement personnel demeurent donc toujours particulièrement touchées.

Outre la diffusion de ce rapport global qui était finalisé fin 2009, l'année 2010 a donné lieu à différentes publications autour de cette enquête (voir annexe), ainsi qu'à plusieurs réunions de l'équipe constituant le comité scientifique de l'enquête.

L'exploitation et la valorisation de cette enquête se poursuivent et un colloque lui sera consacré à la fin de l'année 2011.

- √ *Etude Hygiène de la tête aux pieds : ectoparasitoses et affections cutanées (HYTPEAC)*

Une étude épidémiologique sur l'hygiène et ses conséquences cutanées, notamment en termes de portage d'ectoparasites a été initiée courant 2009.

Les objectifs de cette étude sont de mettre en évidence les obstacles rencontrés par les personnes sans-domiciles, en Ile-de-France, pour prendre soin de leur hygiène corporelle ; déterminer les conséquences dermatologiques engendrées par les problèmes d'hygiène et plus particulièrement d'estimer la prévalence de la gale, des pédiculoses (poux de tête, corps et morpions) et des problèmes de pieds ; estimer la proportion de personnes ayant été infectées par une bactérie transmise par les poux de corps ; identifier les pratiques de prévention et de prise en charge des ectoparasitoses dans les centres d'accueil et les centres d'hébergement.

¹² Téléchargeable : <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>

Cette étude, dont la collecte de données sur le terrain aura lieu au printemps 2011, a pour objectif d'émettre des recommandations sur les règles d'hygiène et la lutte contre ces maladies dans les centres d'hébergement et ainsi réduire le portage des poux et de la gale.

L'année 2010 a été consacrée à la poursuite de l'organisation de cette enquête. De nombreuses réunions ont été organisées afin de constituer le Comité de pilotage scientifique qui s'est réuni plusieurs fois au cours de l'année. Ces réunions ont permis de préciser le champ d'étude et les analyses biologiques nécessaires, ainsi que de finaliser le protocole et le questionnaire discutés lors du Comité de pilotage plénier.

Le projet d'étude a été soumis au Comité de Protection des Personnes d'Ile-de-France. Il est passé 2 fois en commission (mai et septembre) et l'avis est favorable. La déclaration de conformité à la méthodologie de référence a été effectuée auprès de la CNIL. Bien qu'elles n'aient pas toutes abouties, diverses démarches et réunions ont été effectuées pour la recherche de financement (Société Française de Dermatologie, Société Française de Parasitologie, MSD, DGS, InVS, INPES, ARS), de partenariat (Hôpital Mondor, DPP) et de mécénat (Cooper).

Enfin différents fournisseurs ont été contactés afin d'obtenir des devis et tester le matériel nécessaire à l'enquête.

✓ Enquête auprès des enfants et des familles sans logement personnel en Ile-de-France (ENFAMS)

Les familles (définies comme au moins un adulte accompagné d'au moins un enfant mineur) prises en charge dans le dispositif d'aide aux sans-domiciles sont de plus en plus nombreuses et la durée de leur prise en charge ne cesse de croître. Les rares données disponibles, notamment celles du 115 de Paris et plus globalement du PHRH, laissent entrevoir des difficultés sociales considérables, et un état de santé, physique et psychique, inquiétant. La situation des enfants, dont une majorité n'est pas suivie au titre de l'enfance en danger, en dépit de conditions de vie peu sécurisantes, semble particulièrement alarmante. Pourtant, de ces enfants et de ces familles, on ne sait presque rien. L'Observatoire entame un programme de recherche-action, destiné à améliorer la connaissance de cette population, et la conception d'actions ciblées.

Confrontés à une véritable carence de travaux sur ces familles, nous avons élaboré un programme de recherche-action de trois ans, composée de plusieurs volets, qui doit permettre de mieux associer, d'un côté, les usagers, leurs attentes et leurs besoins, et de l'autre, les prestataires, leurs cadres d'actions et leurs services.

L'année 2010 a été consacrée à procéder à l'état des lieux des connaissances sur ces familles, mais aussi à la réalisation des premiers entretiens en vue d'une analyse de l'action publique permettant d'expliquer le cadre complexe de la prise en charge de ces familles sans domicile.

L'enquête se poursuivra sur 2011 et 2012 avec la mise en place d'une enquête quantitative, socio-démographique et épidémiologique, portant sur un échantillon représentatif des familles sans-domiciles franciliennes. Parallèlement, un travail qualitatif sera mené, visant à saisir l'expérience du sans-abrisme du point de vue des familles. Il fera émerger des enjeux qui peuvent passer inaperçus, mais qui ne constituent pas moins le vécu de l'assistance. Il fera ressortir des expériences et des compétences sur lesquelles appuyer la conception de dispositifs.

✓ Etude sur la prise d'appel au 115 de Paris

Des observations exploratoires ont été menées auprès de permanenciers en 2009, afin de comprendre comment les appels de sans-abri (hors signalement donc) étaient pris en charge, dans un contexte structurel de pénurie de places d'hébergement. Ces premières observations permettent de décrire la prise d'appel comme une série d'ajustements impliquant les appelants et les répondants, mais aussi des relations avec d'autres permanenciers et avec les coordinateurs. Ces relations s'inscrivent elles-mêmes dans un environnement de procédures et d'objets qui permettent de mobiliser les informations, l'expérience et les compétences nécessaires à la prise en charge. Si les permanenciers demeurent en situation d'opérer des « choix tragiques », ces choix relèvent moins de décisions arbitraires que d'opérations de mesure. L'expérience professionnelle n'en n'est pas pour autant toujours aisée.

Cette enquête a fait l'objet d'une communication lors de la journée scientifique de l'Observatoire en 2009, qui a servi de base à la rédaction d'un article pour la revue *Ethnographiques.org*, (en cours d'évaluation).

✓ Description des profils et parcours des usagers du 115 de Paris et des maraudes

Les objectifs de l'étude sont, en plus de la description des caractéristiques socio-démographiques des usagers du 115 et de leur évolution, l'analyse longitudinale des modalités d'usage du 115 : « durée de vie » dans le dispositif, comparaison de différentes cohortes par année d'entrée, etc.

L'Observatoire récupère chaque année les données brutes de la base du 115 de Paris. Cette base de données à visée de réservation de places d'hébergement nécessite un lourd travail de nettoyage avant d'être utilisée à des fins d'analyse approfondie. En 2010, les données de 2009 ont été apurées, contrôlées, validées et complétées afin d'être intégrées à la cohorte 1999-2009. Ces données sont traitées par le pôle d'observation sociale, à cheval entre le 115 et

l'Observatoire, qui a pour objectifs d'une part d'améliorer la qualité et la valorisation des données du 115 grâce à une mutualisation des outils (accès à des logiciels d'analyse statistique pour le 115) et des compétences (appui méthodologique de l'Observatoire) et d'autre part de développer des études socio démographiques approfondies sur la population des sans domicile en Ile-de-France.

Outre les analyses habituelles réalisées à partir des données du 115 (pour le rapport d'activité du 115, le bilan hivernal, ou pour répondre aux diverses demandes des tutelles telles que les enquêtes *flash* de la Drihl), des analyses plus approfondies ont été réalisées, dans le cadre de la préparation de l'enquête sur les familles ou pour la rédaction d'une note sur le devenir des jeunes majeurs (voir en annexe).

L'année 2010 a également vu les débuts de la mise en place du SIAO, dont l'un des objectifs est l'amélioration de la connaissance des usagers et de leur parcours à la fois entre les différentes structures d'urgence d'un département mais aussi, à terme, entre les différents départements. Un travail de réflexion autour de la méthode d'observation et de la construction des indicateurs a donc débuté à l'Observatoire, en lien avec les différents services concernés.

Soutien méthodologique aux autres services du Samusocial de Paris

√ *Soutien aux demandes de statistiques en urgence*

En 2010, le nombre de saisines a été comparable à celui observé en 2009 (environ une centaine). Ces demandes émanent principalement des services internes du Samusocial (Direction Générale, Dispositif Maraudes, 115 de Paris, PHRH, Direction de la Veille sociale, Direction de l'Urgence Sociale, Presse via le service communication, etc.) et des tutelles (DRIHL, Préfecture...).

√ *Appui méthodologique aux autres services du Samusocial de Paris*

- Co-coordination du « bilan du plan d'urgence hivernale 2009-2010 » ;
- Production de certificats d'hébergement (pour la Direction de l'Urgence Sociale) retraçant le parcours d'hébergement d'usagers ;
- Appui à la préparation de la participation du Samusocial de Paris à la conférence de consensus européenne sur le sans-abrisme

Soutien méthodologique externe

√ *Partenariat avec la FNARS sur l'observatoire national du 115*

L'Observatoire du Samusocial de Paris participe au conseil scientifique de l'observatoire national du 115 géré par la FNARS.

√ *Partenariat avec l'INSEE*

L'Observatoire est membre du conseil scientifique de l'enquête SD2012.

√ *Partenariat avec la MIPES*

Outre l'analyse annuelle des données du 115 pour la publication du recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Ile-de-France, l'Observatoire est membre du groupe de travail sur la construction de l'Indice de Situation Sociale Régional (ISSR) et du groupe de travail sur la construction de l'Indice de Développement Humain (IDH2) .

L'Observatoire est également membre du comité de pilotage de l'étude « Enfance et précarité », conduite pour la MIPES.

√ *Partenariat avec l'OPILE*

L'Observatoire est membre du comité technique de l'observatoire parisien de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion.

Publications-Rapports- Communications Externes

Publications :

- ✓ ["Les données du 115 de Paris - Urgence sociale"](#). Emmanuelle Guyavarch, in *Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Île-de-France au 31 décembre 2009*, MIPES, décembre 2010, p 75-79.
- ✓ ["A Paris de plus en plus de familles sans domicile"](#), E. Guyavarch E. Le Méner. *Les nouveaux visages du sans-abrisme : les enfants, les familles et les jeunes*, Le magazine de la Feantsa, Automne 2010, p. 19-21.
- ✓ ["Le dossier naissance et précarité : Le rôle du Samusocial de Paris"](#), S. Parigi, A. Laporte, P. Herschkorn Barnu. *Réalités en gynécologie-obstétrique*, 149, Novembre 2010.
- ✓ ["La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Ile-de-France"](#), Laporte A., Le Méner E., Chauvin P. *La lettre de l'Onpes*, 5, Septembre 2010.
- ✓ ["La Santé Mentale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France \(Samenta\) : focus sur les 18-25 ans"](#), Laporte A., Chauvin P., *Rhizome*, 38, avril 2010, p. 11.
- ✓ ["La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel : quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Ile-de-France"](#), Laporte A., Le Méner E., Chauvin P. *Les travaux de l'Observatoire 2009-2010*, Paris, ONPES - La Documentation française, 2010, p. 413-434.
- ✓ ["Sexualité et relations affectives des personnes sans domicile fixe - Entre contraintes sociales et parcours biographiques"](#), Oppenchain N., Pourette D., Le Méner E., Laporte A., *Sociologie*, 3, p.375-391

Rapports :

- ✓ « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, sous la direction d'Anne Laporte (observatoire du samusocial de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm), rapport de l'Observatoire du samusocial de Paris, janvier 2010, 225p.

Communications :

- ✓ "Le tri des appels au Samusocial". Le Méner E.. Séminaire "Sociologie du travail et de l'activité", organisé par Bidet A., Rot G., Vatin F.. Université de Paris Ouest, CNAM, EHESS/ Paris 10 Nanterre, décembre 2010.
- ✓ "Psychiatric Disorders among Homeless People in Paris, France: An Advocacy for a Better Detection, Housing, and Care of Psychiatric Homeless, Based on Representative, Population-based Survey in 2009". Chauvin P., Douay C., Detrez M.-A., Le Strat Y., Laporte A.. 9th Conference on Urban Health, New York City, USA, octobre 2010.
- ✓ "Psychiatric disorders among homeless people: evidences for improving psychiatric services and housing policies. Preliminary results", Chan-Chee C., Douay C., Detrez M.-A., Le Masson V., Le Strat Y., Chauvin P., Laporte A. and the SAMENTA research group. 15th EPA symposium for section epidemiology and social psychiatry, Bergen, Norvège, juin 2010.
- ✓ "Enquête sur la santé mentale et les addictions chez les sans logement franciliens (Samenta): une double contrainte d'enquête", Detrez M.-A., Douay C., Le Strat Y., Chauvin P., Laporte A., VIème colloque francophone sur les sondages, Tanger, Maroc, mars 2010.

Le point sur... :

- ✓ "Quel devenir à la majorité pour les mineurs pris en charge en famille par le 115 de Paris ? ", Emmanuelle Guyavarch, septembre 2010, 15 pages.

http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/donnees115/Devenir_des_jeunes_a_la_majorite.pdf

Des services supports en appui du dispositif

Le Pôle Comptabilité, Finances, Administration du Personnel

- Service Comptabilité Finances
- Service Achats Marchés Publics
- Service ressources Humaines,
- Service Paie et Gestion des Temps et des Activités

Le Bureau des Affaires Juridiques

Le Bureau de la Communication et du Mécénat

Le Pôle Comptabilité, Finances et Administration du Personnel : Gérer les ressources humaines et financières (Administration Générale et Finances & Comptabilité et Finances)

Le GIP [Samusocial](#) de Paris a souhaité en 2010 renforcer la Direction Générale qui regroupe désormais ses services supports administratifs, ressources humaines et financiers dans une Direction Administrative et Financière renforcée par une Direction des Ressources Humaines. Cette réorganisation vise à optimiser et professionnaliser les services de gestion rendus tant aux missions opérationnelles que celles à destination de la Direction Générale et des Autorités de Tutelle.

La direction Administrative et Financière regroupe les Départements et Services :

- Ressources Humaines
- Comptabilité et Finances
- Achats et Marchés Publics
- Paie et Gestion des Temps et de l'Activité

COMPTABILITE ET FINANCES

Ce service centralise la gestion comptable et budgétaire de l'ensemble des missions du [Samusocial](#) de Paris.

En 2009, l'activité du service a été marquée par une extension des dépenses d'hébergement en hôtels liée à la régionalisation des activités du PHRH vers la Seine-Saint-Denis. La charge supplémentaire représentée par cette régionalisation s'est faite à effectif comptable et financier constant. En 2010, l'activité du service a été marquée par une extension des dépenses d'hébergement en hôtels liée à la reprise des nuitées de la CAFDA.

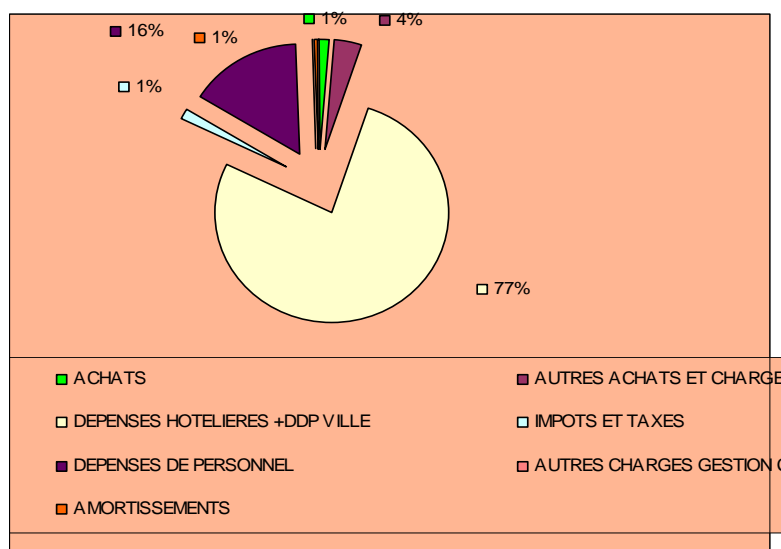
Les procédures mises en place dès 2008 et notamment celles relatives au suivi des factures hôtelières en comparaison des données de réservation saisies dans le logiciel spécifique « Rosalie » ont été bien suivies. Elles devront cependant être étendues pour mieux sécuriser à la fois en amont (logiciel Rosalie) et en aval dans le rapprochement avec les facturations et leur comptabilisation.

Données budgétaires

Budget du GIP [Samusocial](#) de Paris (Compris LHSS & hors charges exceptionnelles)

Répartition du budget 2010 par poste de dépenses

| POSTES | Montant | % |
|-----------------------------------|-------------|-------|
| Achats | 1 367 118 | 1,33 |
| Autres achats et charges externes | 4 143 150 | 4,04 |
| Dépenses hôteliers + DDP ville | 78 847 635 | 76,88 |
| Impôts et taxes | 1 299 128 | 1,27 |
| Dépenses de personnel | 16 413 445 | 16,00 |
| Auters charges gestion courantes | 41 733 | 0,04 |
| Amortissements | 448 933 | 0,44 |
| | 102 561 142 | 100 |

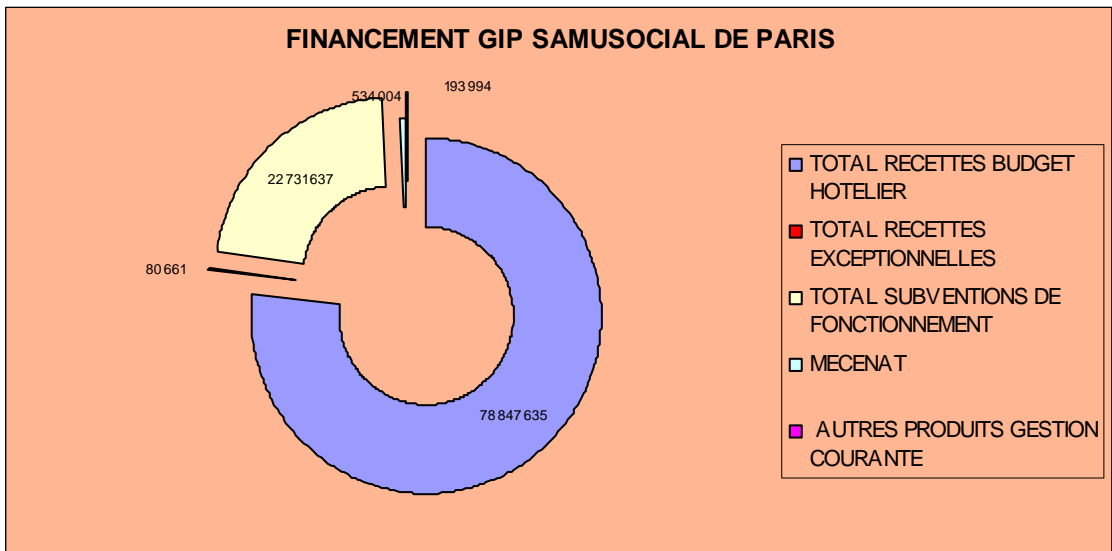


Les dépenses hôtelières représentent 77 % du budget ; les dépenses du personnel 16 %.

A noter qu'en 2009, les dépenses hôtelières représentaient 65 % du budget ; les dépenses du personnel 24 %.

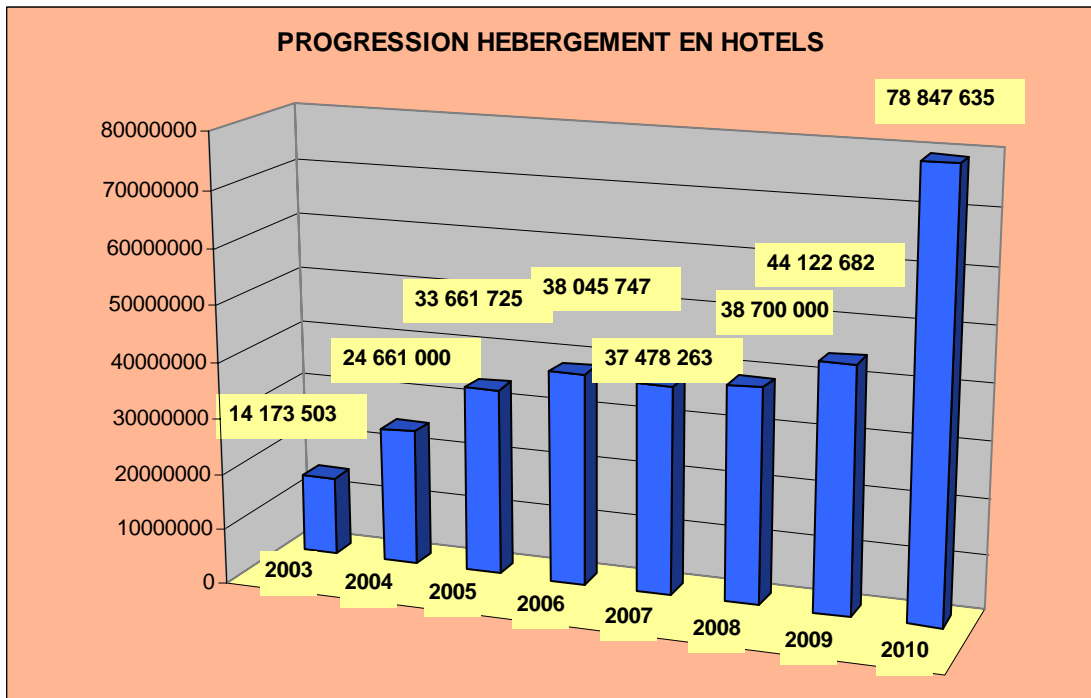
Financements 2010 du GIP Samusocial de Paris (hors produits exceptionnels)

| FINANCEURS | Montant |
|--|--------------------|
| SUBV. DASS - ETAT-HOTELS | 49 204 630 |
| SUBV. DASS - ETAT-HOTELS CAFDA 177 | 3 788 881 |
| SUBV. DASS - ETAT-HOTELS CAFDA 303 | 17 697 463 |
| SUBV. DASS 93 HÔTELS | 7 567 501 |
| TOTAL RECETTES BUDGET HOTELIER | 78 847 635 |
| REPRISE DE SUBVENTIONS ET DIVERS | 80 661 |
| TOTAL RECETTES EXCEPTIONNELLES | 80 661 |
| SUBV. DRHIL 75 FONCTIONNEMENT | 11 382 725 |
| SUBV. ARS | 359 884 |
| ARS IDF/PPPS (EX GRSP) | 150 000 |
| SUBV. DASES | 2 942 638 |
| SUBV. AP - HP | 415 710 |
| SUBV. EDF | 250 000 |
| SUBV. GDF | 150 000 |
| SUBV SANTE MENTALE ADDICTION DEMANDE EN 2009 (OBS) | 24 249 |
| SUBV. CPAM LHSS | 6 329 100 |
| SUBV. CPAM LAM | 2 751 |
| SUBV. CPAM | 724 580 |
| TOTAL SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT | 22 731 637 |
| DONS | 55 115 |
| MECENAT OBSERVATOIRE | 253 448 |
| MECENAT | 73 522 |
| MECENAT MISSION TUBERCULOSE | 72 200 |
| APPORT CREDIT BAIL PSA | 79 719 |
| MECENAT | 534 004 |
| PRODUITS FINANCIERS | 14 314 |
| SUBV. CONTRATS AIDES | 62 544 |
| APL DES RESIDENTS | 78 532 |
| PARTICIPANTS DES RESIDENTS | 38 604 |
| AUTRES PRODUITS GESTION COURANTE | 193 994 |
| TOTAL GENERAL RECETTES HORS INVESTISSEMENTS | 102 387 931 |



Gestion Comptable

Chiffre d'affaire des prestataires d'hébergements en hôtels (en euros)

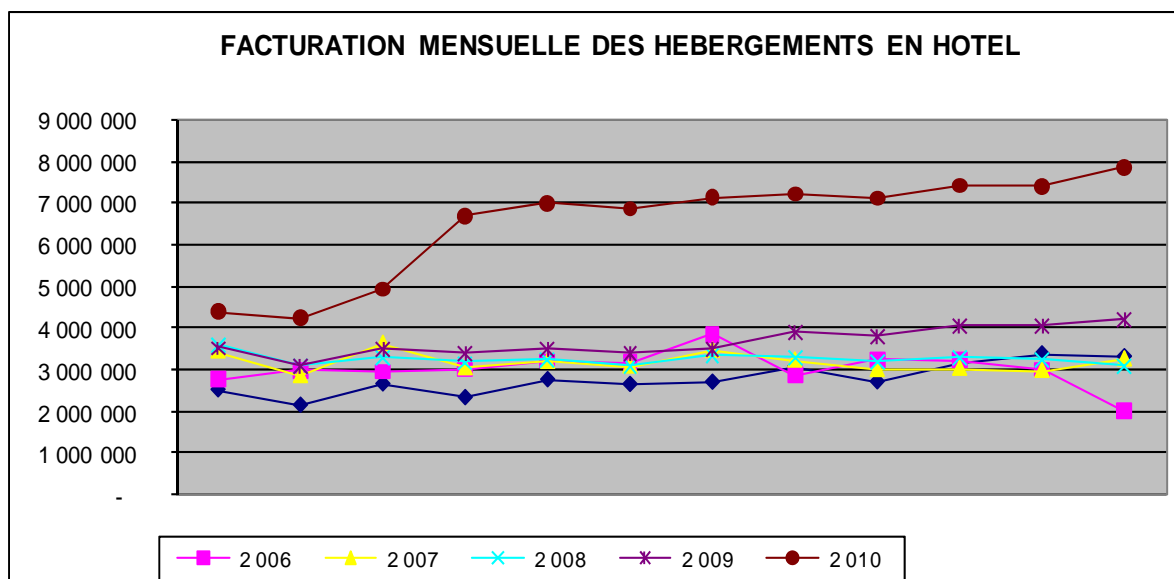


Plus importants Chiffres d'Affaire réalisés par les hôtels (en euros)

| CHIFFRE D'AFFAIRE PRESTATAIRES HEBERGEMENTS EN HÔTELS | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------------------------|
| PRESTATAIRES | TTC 2004 | TTC2005 | TTC2006 | TTC2007 | TTC2008 | TTC2009 | TTC2010 | % sur total hébergement 2010 |
| VOYAGE SERVICES PLUS | 718 893 | 1 701 455 | 1 802 855 | 2 483 370 | 3 891 493 | 8 564 978 | 17 461 084 | 22,12% |
| SOCIETE ATHO | 550 262 | 3 273 070 | 6 944 956 | 8 522 412 | 9 382 128 | 8 696 451 | 9 906 741 | 12,55% |
| SARL SGH | | | 1 691 531 | 6 936 411 | 6 474 197 | 7 960 821 | 9 449 017 | 11,97% |
| PROMHOTEL | 1 733 941 | 2 205 656 | 3 490 440 | 5 970 278 | 4 783 176 | 5 160 234 | 8 871 451 | 11,24% |
| SARL OBBER | | | | | 961 211 | 4 232 972 | 5 468 989 | 6,93% |
| SA MONDE SANS FRONTIERES | | | | | | | 1 931 489 | 2,45% |

| PLUS IMPORTANTS CHIFFRES D'AFFAIRES REALISES PAR LES HÔTELS | | | | | | | | |
|---|----------|---------|---------|---------|----------|-----------|-----------|------------------------------|
| NOMS DES HOTELS | TTC 2004 | TTC2005 | TTC2006 | TTC2007 | TTC 2008 | TTC2009 | TTC2010 | % sur total hébergement 2010 |
| HÔTEL BALLADIN | | | | | 68 250 | 1 090 784 | 1 424 160 | 1,80% |
| HOTEL DU NORD | 508 342 | 675 936 | 541 274 | 857 563 | 806 994 | 871 524 | 873 679 | 1,11% |
| HÔTEL DE L'EUROPE | | | 200 620 | 656 880 | 804 312 | 669 312 | 823 539 | 1,04% |
| HÔTEL DE France 2 | 116 793 | 235 515 | 386 474 | 425 850 | 394 910 | 382 704 | 814 980 | 1,03% |
| HÔTEL DU LOUVRE | | | | 18 176 | 359 354 | 738 912 | 748 832 | 0,95% |

Montants de la facturation mensuelle d'hébergements en hôtels en 2010 et progression depuis 2004



Perspectives 2011

- Le service comptable n'a pas pu disposer du financement du module « My report » permettant une gestion des suivis budgétaires plus élaborée, le règlement des fournisseurs par virement, et une interface Paie ADP et Sage comptabilité pouvant renseigner chaque comptabilité directement (LHSS, COMPTABILITE des MISSIONS GENERALES, LAM) sans passage par des comptes de liaison. Le coût de ce logiciel s'élève à 20 000 euros.
L'extension des missions du GIP et la complexité grandissant nécessiteront à terme des outils de gestion plus performants.

Le service financier devra mettre en place des procédures de règlement des fournisseurs plus appropriées pour une meilleure sécurisation des transferts financiers.

ACHATS ET MARCHES PUBLICS

Le Responsable « achats et marchés publics » a pris son poste au début du mois de d'août 2009. Le service a en charge la prise de commandes d'achats de fournitures et services, destinés à l'ensemble des établissements et services du GIP Samusocial de Paris. Deux procédures de marchés publics ont été lancées en 2010.

Marché relatif à la complémentaire frais de santé et au régime de prévoyance pour le personnel du **Samusocial** de Paris : l'appel d'offres a débuté au mois de juin 2010. Le marché a été attribué par la Commission d'appel d'offres à Dexia Ingénierie Sociale conjuguant l'amélioration notable des garanties de frais de santé et la baisse des taux de cotisation.

Marché relatif à la fourniture de repas en liaison froide pour les établissements : l'appel d'offres a débuté au mois de septembre 2010. Le marché a été attribué à la société SODEXO. Ce marché a permis de réaliser une économie de 15% par repas, soit une économie budgétaire estimée à 90 K€ en 2011.

Ressources Humaines

Le Conseil d'Administration du GIP **Samusocial** de Paris a, lors de sa séance du 16 Décembre 2010, validé la création d'un poste de Directeur des Ressources Humaines au sein de la Direction Administrative et Financière. Cette création a été rendue nécessaire notamment pour concevoir et mettre en place une politique des Ressources Humaines définie avec la Direction Générale, suite au conflit social d'avril 2010 et au besoin d'harmonisation des pratiques en matière de statut du personnel, à la veille de l'échéance de la fin du GIP au 31 décembre 2011.

Cette Direction des Ressources Humaines consolide le service des Ressources Humaines et le Service Paie / GTA afin de répondre au mieux aux missions opérationnelles ainsi que celles à destination de la Direction Générale et des Autorités de Tutelle.

Le Service des Ressources Humaines assure le recensement des besoins en personnel, du recrutement, du suivi des candidatures, des demandes individuelles des salariés (mobilité interne, revalorisation salariale), des formations (du recensement des besoins à l'organisation des sessions), du suivi des dossiers du 1% patronal, de la gestion administrative du personnel (contrats de travail, adhésions/radiations mutuelle) et du suivi des visites médicales. Il est « chef de file » de la mise en place du portail d'informations des RH à destination des Responsables et des salariés.

Le service Paie et Gestion des Temps et des Activités est en charge du contrôle de la gestion du temps via les badgeuses, des absences subies ou non et arrêts de travail et de l'établissement des paies mensuelles, des déclarations sociales obligatoires aux divers organismes, des déclarations d'arrêt de travail à la CPAM ainsi que du suivi des remboursements des indemnités journalières. Il a géré une DADSU de 800 personnes pour l'exercice 2010. Ce service assure également la supervision et l'évolution du logiciel de paie (chef de file pour *Zadig* : préparation, mise en place et suivi de l'outil).

Eléments concernant la structure du personnel du Samusocial de Paris

En 2010, le GIP **Samusocial** de Paris a mobilisé en moyenne mensuellement 530 salariés, alors qu'il en mobilisait 568 en 2009. La répartition Cadres/Employés reste similaire aux années précédentes, seul le nombre de vacataires fléchit pour ne représenter que 18% de l'effectif contre 27% en 2009.

Etat des effectifs du Samusocial de Paris pour la période 2007 à 2010

| Statuts | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | |
|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| | Nombre de salariés | Nombre de salariés | Nombre de salariés | Nombre de salariés | Répartition |
| Cadre Dirigeant | 1 | 1 | 1 | 1 | 0% |
| Cadres | 95 | 95 | 106 | 120 | 20% |
| <i>Dont Vacataires</i> | <i>17</i> | <i>16</i> | <i>14</i> | <i>16</i> | <i>3%</i> |
| Employés | 412 | 436 | 448 | 430 | 73% |
| <i>Dont Vacataires</i> | <i>112</i> | <i>133</i> | <i>144</i> | <i>91</i> | <i>16%</i> |
| MAD* | 42 | 41 | 34 | 35 | 6% |
| Total | 550 | 573 | 589 | 586 | 100% |

*MAD : contre remboursement et MAD gracieux

Des évolutions importantes sont à retenir :

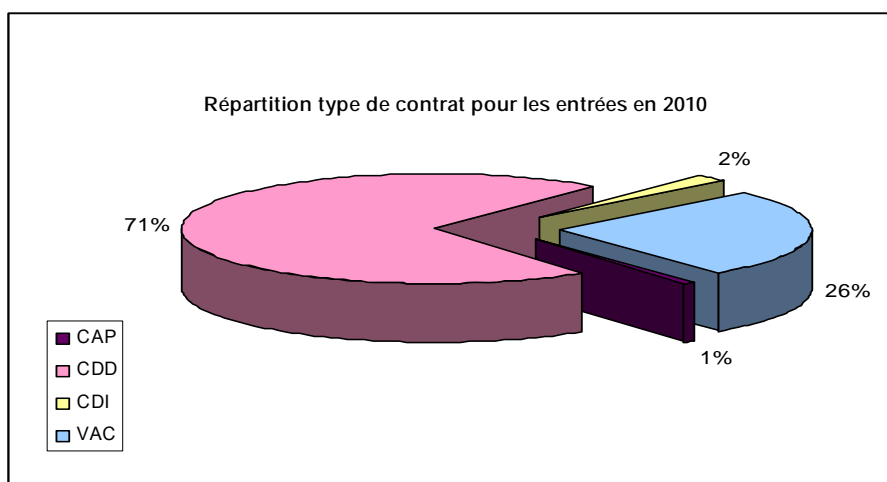
- Un taux d'absentéisme en augmentation : (6 406 heures contre 4 054 heures en 2009), et un nombre de jours d'arrêt de travail sensiblement équivalent (7 122 jours en 2010 contre 7 040 en 2009).
- La répartition hommes / femmes tend à s'équilibrer : 57,5% de présence féminine en 2010 contre 60,0% en 2009 ;
- Un accroissement des CDI en 2010 : 190 salariés sont en CDI contre 106 en 2009, et 254 salariés sont en CDD contre 286 en 2009.

La gestion administrative du personnel

Le volume de contrats édités pour l'année 2010 reste conséquent avec 2 223 contrats dont 67.5% de contrats vacataires.

A noter qu'avec la mise en œuvre en avril 2010 du protocole de fin de conflit, les salariés de la structure ont eu la possibilité de faire des demandes de CDI sous conditions. 55 CDI ont été réalisés suite à la mise en œuvre de ce protocole sur un total de 71 pour l'année. Pour 2010 le nombre de contrats conclus en CDD est de 479 (renouvellements et embauches) et le nombre d'avenants est de 192.

Etat des mouvements (entrées et sorties) par type de contrat pour 2010



La répartition des entrées par département est la suivante :

31.2% pour le 115 de Paris et les Maraudes, 22.2% pour le Pôle Hébergement et 23,0% pour le Pôle Médical et Soins (les entrées concernent essentiellement les LHSS).

La répartition des sorties est répartie comme suit :

40.5% pour le 115 de Paris et les Maraudes, 19.2% pour le Pôle Hébergement Logement et 25.6% pour les LHSS.

Evolution des jours et heures d'arrêts de travail

Le nombre total de jours pour arrêt de travail (tout motif confondu) a légèrement augmenté. L'essentiel de cette légère évolution se situe sur une augmentation des arrêts pour Congés Maternité et Paternité.

Les arrêts pour accidents de travail (ou de trajet) ont augmenté par rapport à 2010 passant de 34 à 51.

Les arrêts de travail

Evolution des arrêts de travail pour la période 2007 à 2010

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|----------|---------|-------|-------|
| Arrêt de travail | En jours | | | |
| Accident de travail / trajet | 895 | 360 | 788 | 831 |
| Maladie | 4 612 | 4 853 | 4 580 | 4 569 |
| Congés Maternité inclus congé Pathologique / Paternité | 462 | 1 597 | 1 244 | 1 556 |
| Mi-temps Thérapeutique | 73 | 35,5 | 443 | 166 |
| Total | 6 042 | 6 845,5 | 7 040 | 7 122 |

Evolution des accidents de travail et de trajet pour la période 2007 – 2010

| Type d'événement | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | Nb déclarations | Nb déclarations | Nb déclarations | Nb déclarations |
| Accident de travail | sans arrêt de travail | 18 | 36 | 20 | 26 |
| | avec arrêt de travail | 26 | 12 | 5 | 11 |
| Accident de trajet | sans arrêt de travail | 2 | 2 | 4 | 8 |
| | avec arrêt de travail | 2 | 7 | 5 | 6 |
| Total déclaration sans arrêt de travail | | 20 | 38 | 24 | 34 |
| Total déclaration avec arrêt de travail | | 28 | 19 | 10 | 17 |
| Total déclarations | | 48 | 57 | 34 | 51 |

A noter : même sans gravité apparente, un accident du travail est porté à la connaissance du Service RH.

Les visites médicales

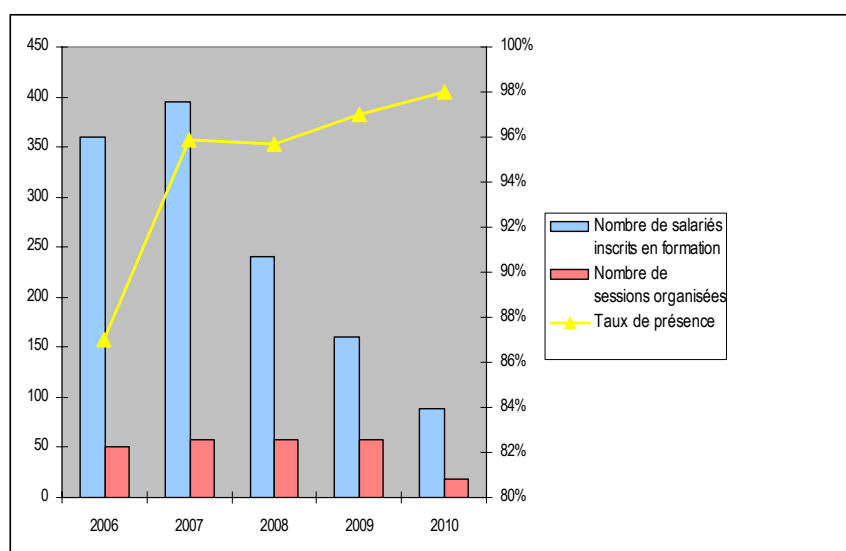
Après négociation et compte tenu du nombre de visites médicales obligatoires auxquelles le **Samusocial** de Paris est soumis, l'ACMS a été sollicité en février 2010 afin de bénéficier d'un 8^{ème} centre pour la gestion des visites médicales. Depuis avril 2010, le centre ACMS Auguste BLANQUI prend en charge l'ensemble de la gestion des dossiers des salariés en poste à IVRY.

Pour l'année 2010, le nombre de visites médicales prévues était de 502 pour un nombre de visite réellement effectuées de 322 ; soit un ratio pour la présence de 64,2%.

Eléments concernant la formation du personnel du Samusocial de Paris :

En raison du conflit social le plan de formation 2010 n'a pu être mis en œuvre qu'à compter du 2nd semestre de l'année aussi le nombre de sessions organisées et le nombre salariés ayant bénéficié d'au moins une formation est réduite de moitié. Il est à noter également que les absences de longue durée des deux cadres du service ont eu des conséquences sur la réalisation de celui-ci. Le taux de présence à ces formations reste très important depuis 2009.

Evolution de la formation pour la période 2006 à 2010



Pour l'année 2010, 13 salariés étaient en formation dans le cadre d'un CIF, à noter que 10 CIF ont démarré au cours de l'année 2010 soit 78% du global.

Le bureau des affaires juridiques

En 2010, pour la première fois de son histoire, le GIP [Samusocial](#) de Paris a eu à connaître un mouvement social. Le mouvement social a débuté le 23 mars 2010 pour une partie du personnel. Le personnel non visé dans le préavis de grève s'est joint au mouvement national interprofessionnel qui débutait le même jour.

Le Syndicat SUD Santé Social Paris a déposé un second préavis de grève reconductible à effet du 31 mars 2010. Et la représentation du personnel a maintenu l'appel à la grève à compter du 31 mars 2010, prolongée ensuite de 24 heures pour se poursuivre jusqu'à la signature du protocole de sortie de conflit le 26 avril 2010.

A l'issue de ce conflit social, le second tour des élections visant au renouvellement du Comité Technique Paritaire s'est tenu le 12 mai 2010 (au premier tour le 25 mars 2010 seuls 113 salariés sur 597 inscrits avaient pris part au vote). A cette occasion, sur 597 électeurs inscrits, 146 salariés ont voté (dont 12 votes blancs ou nuls), les votes étaient répartis comme suit :

| | Scrutin 2006 | | Scrutin 2008 | | Scrutin 2010 | |
|-----------------------------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| | Valeur brute | % | Valeur brute | % | Valeur brute | % |
| Nombre d'électeurs inscrits | 492 | | 525 | | 597 | |
| Nombre de votants | 201 | 40,8 % | 206 | 39,2 % | 146 | 24,5% |
| Blancs et Nuls | 12 | | 17 | | 12 | |
| Suffrages Exprimés | 189 | | 189 | | 134 | |
| | | | | | | |
| CFDT | 72 | 38,1 % | 40 | 21,2 % | | |
| SUD | 117 | 61,9 % | 149 | 78,8 % | 59 | 44 % |
| CSS | | | | | 53 | 39,6 % |
| CGT | | | | | 22 | 16,4 % |

Les règles d'attribution ont permis à SUD et au Collectif des Salariés Solidaires de bénéficier de 2 sièges chacun.

Dans ce contexte, la Direction Générale du GIP [Samusocial](#) de Paris a souhaité la tenue de Comités Techniques Paritaires réguliers, ce qui est resté difficile.

- Au jour de la séance du 28 janvier 2010, le Président a constaté l'absence de quorum du fait de l'absence des représentants du syndicat SUD Santé Social Paris.
 - Une nouvelle séance a été proposée le 8 février 2010. Cette séance n'a pu se tenir, à la demande du syndicat SUD Santé Social Paris qui a souhaité son report au 10 mars 2010. Le 9 mars 2010, le syndicat SUD Santé Social Paris a indiqué ne pas pouvoir finalement y siéger.
- Dans ce contexte difficile - conflit social et tenue des élections - la Direction Générale a souhaité la tenue d'un CTP extraordinaire qui devait permettre d'acter l'entrée en vigueur de certaines mesures adoptées dans le cadre du protocole de fin de conflit. Pour ce faire, un Comité Technique Paritaire a été convoqué le 1^{er} juin 2010. Lors de cette séance, les organisations syndicales ont multiplié les incidents de procédure différant la validation de certaines mesures salariales. Un nouveau CTP a été convoqué le 23 juin 2010.
- En prévision de cette réunion, les organisations syndicales ont souhaité l'inscription de 75 questions à l'ordre du jour. Au vu de ces tensions régulières, il a été proposé aux représentants syndicaux une médiation du Directeur Départemental du Travail. Cette proposition a été rejetée le 22 juin par le syndicat SUD Santé Social Paris.
- Le 23 juin, le syndicat SUD Santé Social Paris a à nouveau refusé de siéger. Le Président a proposé la tenue d'une réunion de travail avec les organisations syndicales visant à rétablir les conditions d'un dialogue social apaisé. Cette réunion s'est tenue le 5 juillet 2010. Devant l'urgence de l'entrée en vigueur de certaines mesures salariales accordées à l'issue du conflit social, la Direction Générale a, après avis du Conseil d'Administration, pris l'initiative de leur application sans validation préalable par le CTP.

- Le 26 juillet 2010, les représentants SUD Santé Social Paris ont refusé à nouveau de siéger en CTP. Au vu de l'importance de l'ordre du jour, le Président a reporté l'examen de certains points à une ultime séance programmée au 8 septembre 2010. A cette date, le CTP a pu se réunir en formation plénière.
- Le dernier CTP de l'année 2010 s'est enfin tenu le 15 novembre 2010 sans la présence du Syndicat SUD Santé Social Paris.

Outre les réunions de cette instance représentative du personnel, la Direction Générale s'est attachée à associer les salariés, soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs représentants, à divers groupes de réflexion. Ainsi, 6 salariés, dont un représentant syndical, se sont impliqués dans l'identification et la gestion des risques professionnels, contribuant à la finalisation et à la diffusion du document unique de prévention des risques et à la mise en œuvre d'une politique de communication à destination du personnel sur certaines mesures à prendre pour garantir l'hygiène et la sécurité du travail.

De même, les organisations syndicales ont été associées à des réunions de négociations annuelles et les salariés ont été régulièrement rencontrés lors de réunions plénières ouvertes à tous les collaborateurs, autant d'occasions d'échanges.

Au-delà de l'activité de gestion des relations sociales, le Bureau des Affaires Juridiques a eu également à gérer 29 procédures disciplinaires (tableau 3).

| | |
|--|---|
| Procédure abandonnée | 0 |
| Pas de sanction | 0 |
| Rappel à l'ordre verbal | 6 |
| Avertissement | 3 |
| Blâme | 1 |
| Mise à pied à titre disciplinaire | 2 |
| Modification de contrat à titre disciplinaire | 1 |
| Licenciement pour faute grave | 8 |
| Licenciement pour faute grave (abandon de poste) | 8 |

Tableau 3 : analyse des procédures disciplinaires

A signaler qu'en lien avec le service des ressources humaines, le bureau a géré le licenciement de 4 salariés pour motif personnel non disciplinaire : 2 après reconnaissance d'inaptitude médicale sans possibilité de reclassement, 2 pour insuffisance professionnelle.

Le Bureau des Affaires Juridiques a par ailleurs traité, en 2010, 22 recherches dans l'intérêt des familles et 40 réquisitions judiciaires.

Le Bureau des Affaires Juridiques, au-delà de ces activités quantifiables a continué, au long de l'année 2010 à assumer un rôle de soutien et de conseil à destination de la Direction Générale et de la Présidence. Il a ainsi participé aux suites de la mission IGAS et à la réflexion autour de la création d'un SIAO.

Bureau de la Communication et du Mécénat

Le bureau de la communication et du mécénat a dû faire face au départ du chargé de communication et du mécénat en juin 2010. Le bureau de la communication est composé de deux chargés de communication, qui ont comme missions respectives : la communication (gestion des relations presse & communication interne) et le mécénat et le développement des ressources (développement des partenariats privés).

La Communication et les relations Presse

Faits marquants 2010

- Plus de 100 heures de tournage nécessaires à la réalisation d'un documentaire de 90 minutes par Serge Moati,
- Campagne de communication grand public soutenue et financée par PUBLICIS et les membres du « Comité des Sages » du [Samusocial](#) : « asphaltisation » et « 24h dans la peau d'un sans-abri ».

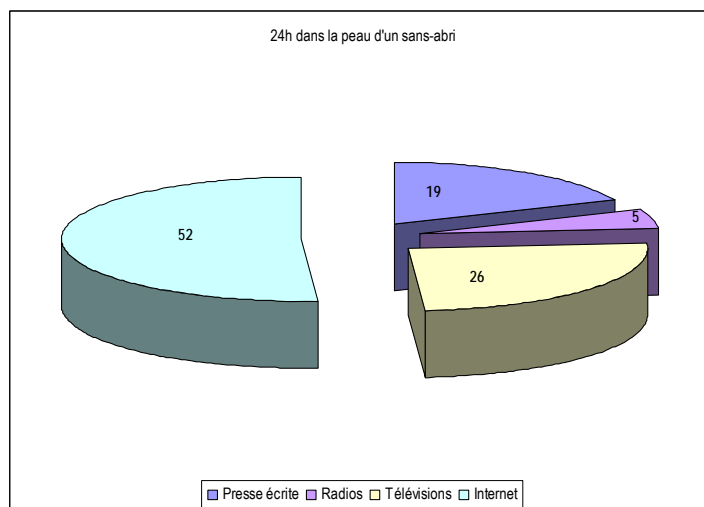
Communication interne

- **Participation aux briefings des équipes de terrain** : en amont de la période hivernale, période propice aux sollicitations presse, un briefing « communication - presse » est organisé auprès des Equipes Mobiles d'Aide, de l'Espace Solidarité Insertion, des deux Centres d'Hébergement d'Urgence, et du 115 de Paris. Ce temps d'échanges permet de poser un cadre sur la conduite à tenir en présence des journalistes et la nécessité de communiquer par voie de presse sur les actions du GIP [Samusocial](#) de Paris.
- **Réunions plénières** : La Direction Générale a souhaité organiser des rencontres régulières avec les collaborateurs du GIP Samusocial de Paris qui fait l'objet d'une large communication interne.
- **Participation aux événements interservices** : Divers services sollicitent le bureau de la communication afin que soient réalisées des affichettes annonçant un événement ponctuel : exposition d'un atelier peinture, kermesse, etc.... Intranet est un des moyens de communication qui permet aux collaborateurs d'être informés de la vie des différents services.

Communication externe

- **Réalisation d'un film documentaire de 90 minutes** : Serge Moati a pu réaliser un reportage de 90 minutes en s'immergeant pendant des mois dans les missions du [Samusocial](#) de Paris. Après une première période de repérage menée au printemps et à l'automne 2009, le tournage a débuté au mois de novembre 2009 pour s'achever en octobre 2010. Ce documentaire « Le peuple de la rue, les invisibles » a notamment été diffusé sur France 3 en février 2011.
- **Campagne de communication « 24 heures dans la peau d'un sans-abri »** : l'agence Publicis Conseil a proposé de conceptualiser une campagne de communication grand public. Cette campagne de communication a été pensée, réalisée et diffusée uniquement par internet. Pour la toute première fois 4 personnes sans-abri ont accepté de porter des lunettes équipées de micro caméra et ont ainsi pu filmer leur quotidien. La campagne a été diffusée à heures réelles permettant aux citoyens de voir au travers des yeux des personnes sans abri. Cette nouvelle campagne cherche à interpeller le grand public et les institutions sur le rôle individuel que chacun peut jouer pour aider les exclus. La campagne « 24h dans la peau d'un sans-abri » a été mise en ligne le lundi 12 avril 2010.
La campagne « 24h dans la peau d'un sans-abri » a été largement médiatisée sur le plan national.

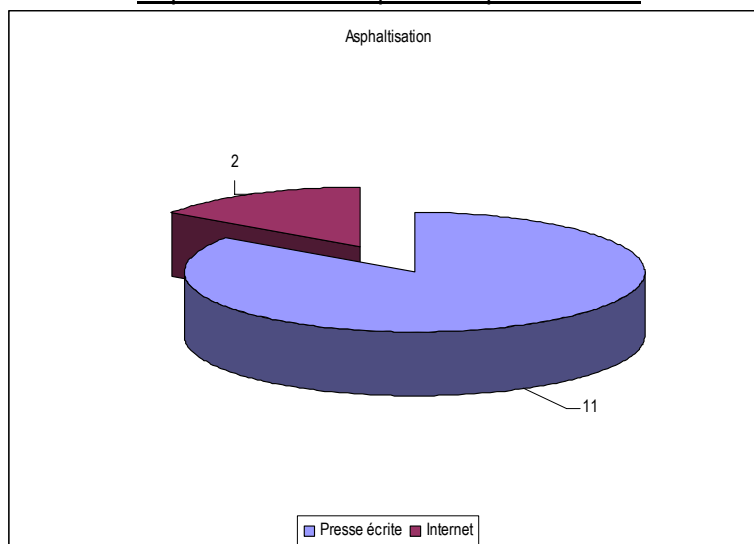
Répartitions des retombées médiatiques de la campagne de communication « 24h dans la peau d'un sans-abri »



De part son action inhabituelle et surprenante, la campagne de communication « 24h », uniquement dédiée au réseau internet, a été largement médiatisée lors de sa mise en ligne. Les sites internet ont abondamment repris la campagne de communication « 24h dans la peau d'un sans-abri ».

- **La campagne Asphaltisation** : démarrage de l'affichage le vendredi 23 avril 2010
"Asphaltisation" est le mot choisi pour désigner l'ensemble des symptômes physiques et mentaux développés par les personnes vivant dans la rue : perte des repères de temps et d'espace, perte d'identité. C'est pour donner vie à ce mot et faire comprendre à chacun que la rue "aspire" un peu plus les sans abri chaque jour, donc qu'il y a urgence à intervenir, que cette campagne a été créée.

Répartitions médiatiques « Asphaltisation »

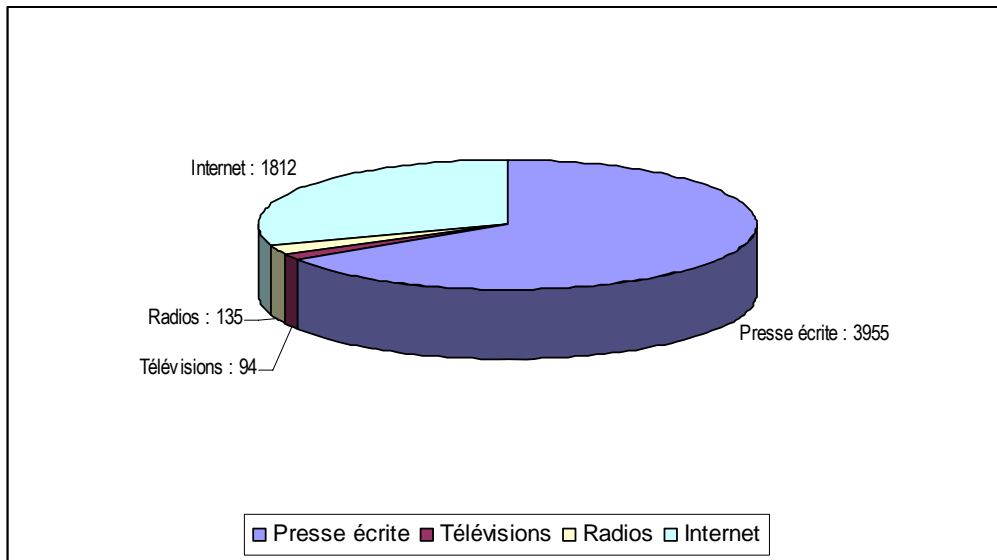


Les campagnes « Asphaltisation » et « 24h dans la peau d'un sans-abri » ont été présentées lors du Festival International de la Publicité qui s'est déroulé du 19 au 25 juin 2010 à Cannes et la campagne [Samusocial](#) a été l'une des 3 campagnes françaises les plus récompensées lors de ce festival.

- **Opération vaccination des chiens** : la réalisation d'une affiche, pour distribution auprès des partenaires accompagnant des personnes à l'Espace Solidarité Insertion, a permis de diffuser l'information sur cette opération qui sera renouvelée régulièrement.
- **Mouvement social** : différents médias nationaux ont souhaité interroger la Direction Générale du [Samusocial](#) de Paris lors du mouvement social du mois de mars 2010 ; cette dernière a souhaité répondre à l'ensemble des sollicitations en toute transparence.

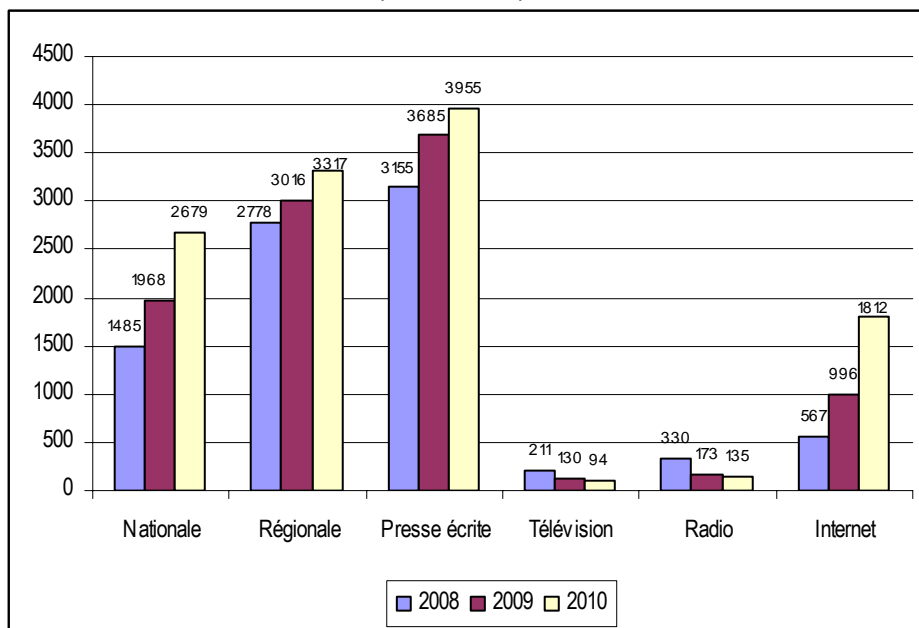
La communication en chiffres

Le GIP *Samusocial* de Paris dans les médias en 2010



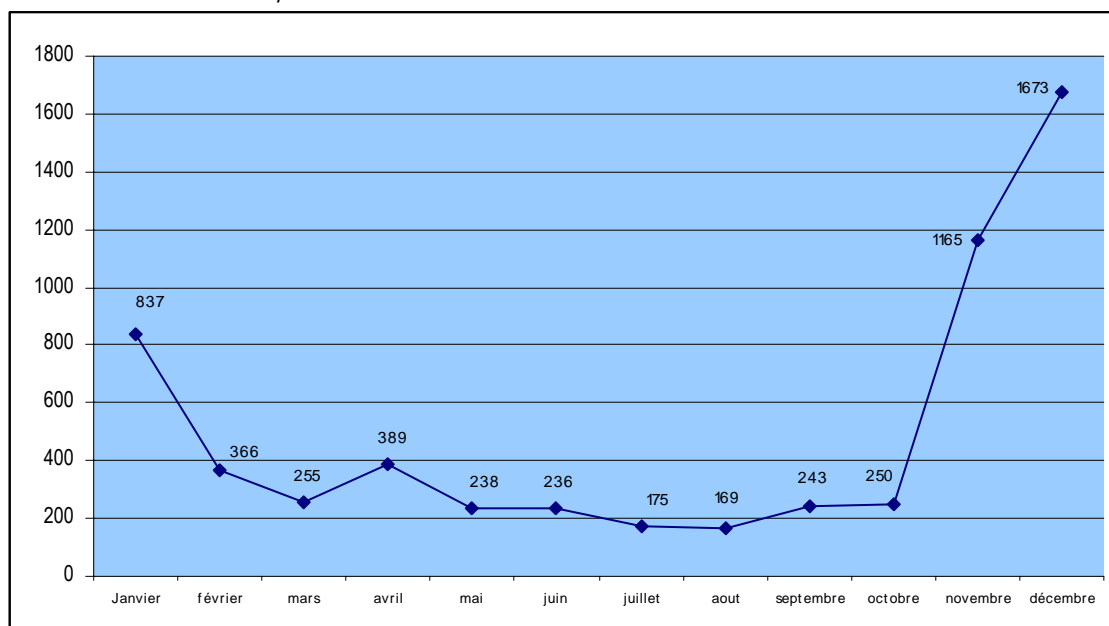
La presse écrite reste le support média qui sollicite le plus régulièrement le *Samusocial* de Paris. Les reportages réalisés sur le terrain par les grands quotidiens nationaux sont très largement repris par la presse régionale.

Le *Samusocial* dans la presse : comparatif 2008 – 2009 - 2010



La pression médiatique en 2010 est largement supérieure à celle de 2008 et 2009, faisant suite notamment à un hiver particulièrement froid et enneigé et qui a débuté très tôt (dès novembre 2010).

Pression médiatique en 2010 : nombres d'articles consacrés au GIP *Samusocial* de Paris



Les médias ont sollicité le service presse dès le début du mois de novembre 2010, au vu des températures particulièrement basses et des périodes enneigées, puis l'activité n'a pas cessé d'augmenter. Les médias réagissent principalement en fonction des conditions climatiques, ce qui engendre un surcroît d'activité du service presse tout au long de l'hiver.

La communication en soutien aux services

Le bureau de la communication est régulièrement sollicité par différents services afin de réaliser leur mise en page de rapport, bilans ou annonces d'événements et parfois de rédaction. Service support, le bureau de la communication & de la presse reste un soutien aux différents services du GIP *Samusocial* de Paris notamment en ce qui concerne l'animation de la charte graphique du *Samusocial* de Paris.

Perspectives 2010

- Le site intranet doit être mis en adéquation avec le futur site internet en cours de mise à jour (contenu, visuel).
- Un comité de rédaction doit être mis en place dans l'optique de repenser le journal interne du *Samusocial* de Paris.
- Un visionnage du film de Serge Moati sera organisé en interne afin de permettre un échange et une discussion conviviale autour du documentaire.
- La communication interne inter services sera repensée et développée en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines.

Le mécénat

Les réunions du Comité des sages

Le GIP *Samusocial* de Paris s'est doté d'un Comité des Sages pour préserver et développer sa liberté d'agir et d'innover dans le domaine de l'exclusion. Le Comité des Sages regroupe le Ministère de l'Economie et des finances ainsi que les dirigeants des plus grandes entreprises françaises intervenant dans de nombreux secteurs de l'économie : Alcatel Lucent, Europ Assistance, France Télécom-Orange, Groupe Carrefour, MACIF, Nestlé-France, Publicis, Fondation Sanofi-Espoir, Schneider Electric, Siemens France, State Street Bank, Véolia Environnement.

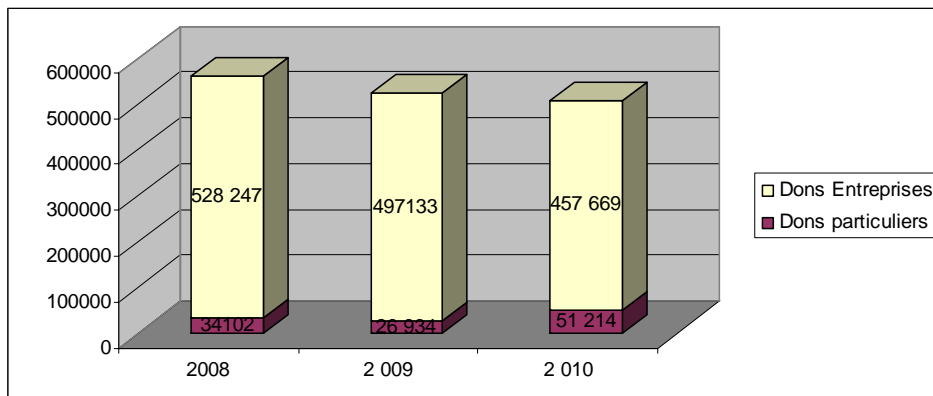
Ces entreprises de renom se mobilisent pour jouer un rôle d'acteur social et sont engagées activement sur le terrain de la responsabilité sociétale et de la solidarité. Depuis leur adhésion au Comité des Sages créé en 2007, elles ont soutenu de nombreux projets en France et à l'international. Grâce à leur précieux soutien renouvelé, le *Samusocial* peut être confiant dans l'accomplissement de ses missions présentes et futures.

Le Comité des Sages s'est réuni à deux reprises, en avril et en juillet 2010.

Le Mécénat Financier

Bilan global

En 2010, les dons en numéraires s'élèvent à 508 883,32 €. Ils se répartissent de la façon suivante : dons des particuliers = 51 214 €, dons des entreprises = 457 669,32 €.



Si le mécénat avait bien résisté à la crise en 2009, la tendance générale pour l'année 2010 est au recul des dons des entreprises (-20%) alors que les dons des particuliers continuent leur progression avec un taux de croissance atteignant les 5%. Cette tendance s'est vérifiée pour le GIP [Samusocial](#) de Paris en 2010 puisque le mécénat financier a enregistré une diminution globale des dons en numéraire par rapport aux années précédentes. On observe une décroissance du montant des dons des entreprises, que seul l'engagement des entreprises partenaires du GIP Samusocial de Paris a permis de limiter, alors que les dons des particuliers enregistrent une augmentation : ils ont pratiquement doublé en 2010.

Le montant total des dons en numéraires représente 1 % du budget réalisé du GIP [Samusocial](#) de Paris.

Le GIP [Samusocial](#) de Paris remercie les entreprises et/ou fondations d'entreprise qui ont soutenu financièrement son action en 2010 :

- 3C Emploi SARL
- ACRODI
- ARVAL
- EDFentreprise et la Fondation diversiterre,
- la fondation GDF Suez
- ERDF
- Europ Assistance Holding
- Fondation Carla Brni-Sarkozy
- Gigaset Communications
- Global Concept Holding
- Hermès Sellier
- INEO SA
- ITNI
- Jean Champion
- L'Oréal et Fondation L'Oréal
- La Fondation MACIF
- MACIFIMMO
- ONELEC
- OSRAM
- PSA Peugeot Citroën
- RATP
- Rhodia Services
- Sanofi
- SAS Paris Consulting
- Siemens Financial Services
- Siemens Healthcare Diagnostics
- Siemens IT Solutions et Services
- Siemens Mobility
- SKF France
- State Street Bank et Fondation State Street Bank.

Evènement caritatif : La Nuit de la Belle Etoile le 17 décembre 2010

La Nuit de la Belle Etoile, soirée de gala organisée au profit du **Samusocial** s'est déroulée, pour la 5^{ème} année consécutive le 14 Décembre 2010 en partenariat avec la société Siemens, la Réunion des Musées Nationaux, L'Oréal, les Yachts de Paris et Arcurial.

Une visite privée de l'exposition Monet au Grand Palais ainsi qu'un dîner sur le « Paquebot » amarré Quai Debilly (75016 Paris) a permis de réunir plus de 300 personnes.

La vente aux enchères, orchestrée par le Cabinet Artcurial, de tableaux offerts par la société L'OREAL ainsi que la vente des tables a permis de collecter 130 000 € destinés principalement au financement des actions du **Samusocial** de Paris et plus particulièrement à la réalisation des études de l'Observatoire.

- **Partenaires** : Fondation Siemens, Réunion des Musées Nationaux, Yachts de Paris, L'Oréal, Arcurial.
- **Entreprises mécènes** : ARVAL, Global Concept Holding, Hermès, ITNI, L'Oréal et Fondation L'Oréal, MACIF, ONELEC, OSRAM, Siemens Healthcare Diagnostics, Siemens IT Solutions et Services, Siemens Financial Services, Siemens Mobility, State Street Bank et Fondation State Street Bank.

Missions soutenues:

Observatoire

- L'Observatoire a bénéficié en 2010 du soutien de la MACIF, partenaire historique, et de celui de Hermès Sellier.
- Une partie des fonds recueillis lors de la Nuit de la Belle Etoile ont été affectés au soutien des projets d'études réalisés par la structure de recherche du GIP **Samusocial** de Paris.

Equipes Mobiles d'Aide

- Partenaires principaux des Equipes Mobiles d'Aide, State Street Bank et Peugeot PSA confirment leur soutien en 2010.
- La Fondation Sanofi Espoir et Sanofi Filiale France contribuent aussi au fonctionnement des maraudes de jour et de nuit.

Maison des Femmes

- Cette mission expérimentale bénéficie du soutien de la Fondation d'Entreprise L'Oréal, sensible à l'axe de la « reconquête personnelle » des femmes précaires, par une action sur la féminité, l'esthétique et le soin physique qui finance une partie de son fonctionnement, ainsi que l'action d'une socio-esthéticienne intervenant une fois par semaine.
- Sanofi-Aventis France participe aux frais de fonctionnement, avec le souci d'une prise en charge des soins dans les meilleures conditions.

Alchimie des jours

- Les activités socioculturelles de la pension de famille sont soutenues par la Fondation Carla Bruni Sarkozy.

Espace Solidarité Insertion

- La RATP a contribué au financement des travaux réalisés à l'accueil de jour du GIP Samusocial de Paris.

Soutien au fonctionnement du GIP

- State Street Bank a contribué à la réussite des fêtes de fin d'année organisées au profit des personnes plus démunies en contribuant aux cadeaux de Noël.
- State Street Bank, Europ assistance, MACIF, Siemens ont pris en charge une partie des frais techniques de la campagne *Asphaltisation*.

Perspectives :

Le **Samusocial** souhaite développer la collecte des dons de particuliers, d'une part en optimisant l'appel à don en ligne, en multipliant les actions relais (exemple : insertion d'un appel à dons dans le catalogue MACIF) et en créant de nouveaux outils de collecte. Par ailleurs, il initiera la mise en place d'une politique « Grands Donateurs ».

Le **Samusocial** souhaite poursuivre ses efforts pour nouer avec les entreprises des partenariats sur mesure et diversifiés laissant une large part à la créativité et au mécénat croisé (impliquant dons numéraires, en nature et mécénat de compétence) tel qu'il a déjà été mis en œuvre, par exemple sur le projet de développement de la Maison des Femmes.

Le Mécénat en nature

Le mécénat en nature consiste à offrir gracieusement des biens inscrits sur le registre des immobilisations, ou de marchandises en compte de stock. Le [Samusocial](#) de Paris bénéficie d'un solide réseau de partenaires privés, mais aussi publics et associatifs.

En voici la liste pour l'année 2010 :

Fondations et entreprises

- Citime : vêtements
- Cojean : vêtements
- EDF : mobilier de bureau
- Espace Logistique : vêtements
- Fiducial Expertise : vêtements
- Fondation Air France : produits de parapharmacie
- Fondation Bouyghes Télécom : vêtements
- Fondation Internationale Carrefour : linge de toilette
- Groupe Accor : linge de toilette
- Groupe Casino : linge de toilette
- Hôtel Beauchamps : linge de toilette et accessoires de table
- Hôtel Crillon : literie, linge de toilette
- Hôtel Ritz : literie
- Hôtel Scribe/ Groupe Accor : matériel de transport
- Kenzo : vêtements
- Kingway : vêtements
- Leana Trading : accessoires décoration
- LGE Communication
- Longue Portée/Nicodim : vêtements
- L'Oréal : produits hygiène et beauté
- Nestlé : alimentation
- Nissan : vêtements
- Sanofi-Aventis : alimentation, produits hygiène et parapharmacie
- SNCF : literie
- Toyota France : literie, sacs de couchage, mobilier

Institutions publiques

- Direction Générale des Douanes : accessoires de voyage, vêtements
- Hôpital Broca : matériel médical et paramédical
- Institut Pasteur : produits pharmaceutiques
- Ministère de la Défense : sacs de couchages, vêtements

Associations

- Espoir 89 : mobilier informatique
- Inner Wheel : vêtements
- Lili Setton : sacs de couchage
- Surevie : vêtements médical et paramédical

Certains de ces mécènes sont des partenaires engagés depuis plusieurs années auprès du [Samusocial](#) de Paris :

- La Fondation d'Entreprise Nestlé fournit en denrées alimentaires tout au long de l'année les maraudes de Nuit et le programme Maman-bébé.
- Chaque année, la Fondation L'Oréal met à disposition des Centres d'Hébergement et des maraudes des produits d'hygiène et de beauté.

Au mécénat « produits », viennent s'ajouter un certain nombre de services, prêt de véhicules ou de locaux, dont voici la liste :

- PSA Peugeot citroën prend en charge la location et la maintenance des 24 véhicules mis à la disposition du [Samusocial](#) de Paris.
 - ERDF et GRDF mettent à la disposition des équipes d'aide mobile et du PHRH deux véhicules dont ils assurent l'entretien.
- EDF a mis des locaux situés à Saint-Mandé à la disposition du Samusocial de Paris jusqu'à l'automne 2010.
 - Paris « Toutp'tits » accueille gracieusement les bénéficiaires du « programme maman-bébé » du [Samusocial](#) dans ses locaux.
 - La Société CIMM fabrique gracieusement des clés de vestiaire pour le centre Yves Garel en remplacement des clés égarées par les personnes hébergées.

Dons des particuliers

Dans le cadre du mécénat en nature s'inscrivent aussi plus d'une dizaine de dons de particuliers : mobilier, matériel Hi-fi, accessoires de table, vêtements, literie, linge de toilette et matériel paramédical.

Perspectives :

Le mécénat en nature représente une part très importante des ressources nécessaires au fonctionnement du [Samusocial](#) de Paris qui, avec le développement de la précarité, doit faire face à une hausse des demandes venant des personnes les plus démunies.

L'enjeu pour 2011 sera de se doter des moyens suffisants pour démarcher les entreprises, gérer la collecte et le stockage de grandes quantités de produits. Une réflexion est déjà engagée dans ce sens : elle intégrera notamment la mise en place de nouveaux partenariats avec des associations et des entreprises positionnées sur la collecte et le tri de vêtements.

Le mécénat de compétences

Le mécénat de compétences se situe à la croisée d'une logique de mécénat, de gestion des ressources humaines et de communication externe. Il constitue pour l'entreprise mécène et la structure bénéficiaire en forme innovante et pertinente d'enrichissement mutuel.

L'instruction fiscale du 13 juillet 2004 caractérise et autorise le mécénat de compétence en précisant que « *peut constituer un don en nature la mise à disposition de personnel au profit d'une association répondant à la condition d'intérêt général et présentant un des caractères prévus à l'article 238 bis du CGI* ».

Grâce à cette nouvelle instruction, le [Samusocial](#) a pu bénéficier à nouveau en 2010 d'une mise à disposition de personnel à titre gracieux : les entreprises partenaires, qui s'inscrivent dans une démarche citoyenne, ont effectué un transfert gratuit de compétences en mettant à disposition des salariés volontaires pendant leur temps de travail.

Le bénévolat

Les samaritains participent tout au long de l'année à plusieurs des missions du [Samusocial](#). Leur engagement et leur motivation représentent un précieux soutien et permet de renforcer les équipes de permanents.

En 2010, les samaritains ont essentiellement réalisé des missions supports dans les Centres d'Hébergement d'Urgence de Montrouge et Yves Garel et en moindre proportion à la maison des femmes. Ils ont également renforcé les équipes du 115 au sein de la cellule signalement, mise en place pendant la période hivernale.

Au total 103 samaritains ont réalisé des missions en 2010.

Le Samusocial compte autant de bénévoles femmes que de bénévoles hommes. La majeure partie des bénévoles est en activité, l'autre partie se compose d'étudiants, de retraités et de personnes sans emploi. Leur âge moyen est d'environ 35 ans.

Ponctuel sur opération

Le [Samusocial](#) de Paris a également développé des actions ponctuelles de bénévolat faisant appel à des associations et des entreprises. Par exemple :

- Innerwhell a financé 1 000 cadeaux de Noël destinés aux personnes sans-abri et a mis à la disposition du [Samusocial](#) pendant une journée une vingtaine de bénévoles pour la réalisation des paquets cadeaux.
- Rockcorps-Orange, soutenue par la Fondation Orange, est intervenue en Septembre 2010 pendant une journée au cours de laquelle une trentaine de bénévoles ont participé au nettoyage et à l'entretien du jardin de l'Hospice Saint Michel.
- State Street Bank, a détaché 6 salariés volontaires pendant une semaine en décembre 2010 pour rénover (nettoyage/ peinture) deux studettes de la pension de famille « L'alchimie des jours ».

Perspectives :

2011 étant l'année du bénévolat, le [Samusocial](#) de Paris réalisera un effort particulier pour développer le bénévolat régulier auprès des particuliers en améliorant l'appel à bénévolat via son site internet et en suscitant des partenariats avec les entreprises qui souhaitent mobiliser l'énergie et l'expérience des salariés au profit de causes d'intérêt général, principalement sociales.

Par ailleurs, le [Samusocial](#) s'attachera à identifier davantage d'actions susceptibles de recueillir l'appui de bénévoles afin d'augmenter les opérations de volontariat s'inscrivant dans le cadre d'un partenariat d'entreprise.

Le Département de l'Ingénierie et de la Logistique

- Direction Travaux et Patrimoine,
- Service Moyens Généraux et Logistique,
- Service Informatique et Téléphonie.

Direction Travaux et Patrimoine

RUE POPINCOURT 75011 PARIS – création d'un CHU de 55 Places

La Régie Immobilière de la Ville de Paris via Lerichemont, filiale immobilière, est chargée de la transformation et de la réhabilitation d'un ancien hôtel social situé 26 Rue POPINCOURT – 75011 Paris qui permettra à terme de créer 55 places d'hébergement d'urgence. Ce projet vient pérenniser l'activité du CHU Garel qui fermera définitivement ses portes le 1^{er} juillet 2011 pour être temporairement transféré rue Oscar Roty dans le 15^{ème} arrondissement de Paris.

Le projet social et l'avant projet technique et graphique ont été élaborés et transmis au service technique de la RIVP. Les besoins et détails de fonctionnement ont été joints aux pièces techniques ; un concours architectural permettra en 2011 la finalisation du projet par le lauréat.

66 Boulevard R.LENOIR 75011 PARIS – fermeture du CHU Yves Garel et transfert partiel de son activité au sein du CHU Oscar ROTY 75015 PARIS.

Dans le cadre de la fermeture et du transfert d'activité du CHU Yves Garel, un site de remplacement a été proposé par la Direction du Logement et de l'Habitat. Le bâtiment proposé est situé au 3 Rue Oscar ROTY ; il représente environ 1100m² et est composé d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. Une première visite a eu lieu en janvier 2010 afin de réaliser l'étude de faisabilité.

Un projet social a été établi et un projet graphique a été proposé à la direction technique de la DLH par le [Samusocial](#) de Paris. Ce projet a été finalisé en 2010 et 2011 ; la réhabilitation et le réaménagement des locaux de ce futur centre d'hébergement d'urgence sont intégralement financés par la Ville de Paris.

Les travaux de désamiantage ont donc été entrepris au cours du mois d'octobre 2010 pour être achevés en février 2011. Les travaux seront achevés au cours de la dernière semaine de juin 2011 et les locaux seront disponibles le 1^{er} juillet 2011.

IVRY 2 / IVRY 3

Le développement de nouvelles missions notamment au sein du Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière (PHRH) a nécessité un redéploiement en termes de surfaces de locaux au vu de l'augmentation des effectifs.

Des locaux vacants sis, 51 Rue LEDRU ROLLIN à IVRY sur SEINE (continuité des bureaux installés pour le 115 et autres services) ont été étudiés pour permettre l'installation de l'ensemble des missions élargies du PHRH.

Ce plateau de bureaux de 660m² a fait l'objet d'un projet d'aménagement qui a été validé par le Conseil d'Administration. Le montage du dossier a été effectué fin 2009 par la Direction de Travaux. Un appel d'offre a été lancé fin 2009, et les travaux ont pu être réalisés en deux mois. Le PHRH a été transféré dans ces locaux en mars 2010.

Suivant la délocalisation du PHRH dans les locaux précités, une étude a été menée pour le regroupement des services administratifs initialement implantés dans les locaux de l'Hospice Saint-Michel. Il a également fallu tenir compte du renfort des services comptabilité et PHRH ce qui a nécessité des transformations des locaux d'Ivry 2.

Un projet a été réalisé et validé par la Direction Générale.

Les travaux ont été réalisés au fur et à mesure de la délocalisation des services administratifs.

HOSPICE SAINT MICHEL

Des aménagements ont été réalisés pour la direction médicale ainsi que pour l'installation de la mission EMLT.

Des études ont été réalisées pour transformer l'espace accueil, le cabinet médical et le pavillon ouest occupé par le personnel d'encadrement de l'ESI. Ces projets n'ont pas pu être réalisés pour des raisons budgétaires

Travaux à charge du propriétaire : le service travaux a sollicité le CASVP, propriétaire de l'hospice, afin de réaliser certains travaux dans le cadre de ses obligations (dépose de l'enduit du mur extérieur rendu dangereux par le décollement de plaques de ciment tombant sur la voie publique et réfection du mur par un enduit incorporant un produit anti graffiti), remise en état de l'ensemble des volets battants, vérification de l'état de la toiture (infiltration dues à la porosité des zinc des chéneaux) et enfin nettoyage des mousses sur la couverture. Le CASVP procédera au remplacement du SSI (Système Sécurité Incendie) devenu obsolète. Le service travaux du [Samusocial](#) de Paris a réalisé les vérifications de l'état des toitures sur l'ensemble des bâtiments et procédé aux curages des chéneaux, d'autres travaux de nettoyage des tuiles seront à programmer sur l'exercice 2011

*MONTRouGE MAISON DES FEMMES : 14 Chambres + Espace repos et Ateliers
MONTRouGE BATIMENT DES HOMMES : 66 Lits*

PROJET DU CHU ROMAIN ROLLAND (MONTRouGE)

Suivant le projet du [Samusocial](#) de Paris, proposé à la Régie Immobilière de la Ville de Paris, la direction technique de la RIVP a réalisé le montage financier et désigné, après concours, un maître d'œuvre.

Le permis de construire a été déposé au mois de septembre 2010 et accordé au 1^{er} trimestre 2011. Les travaux débiteront fin 2011 pour être achevés fin 2013.

CHU J.ROSTAND : 1^{er} et second étage des locaux - utilisation hivernale : 81 lits

Dans le cadre du plan hiver 2010/2011 : remise en état des appareils sanitaires suite à la fermeture du site pendant 9 mois.

LHSS 12, RUE DE RIDDER : 55 Lits

Le projet de réaménagement a été finalisé et est porté par la direction des travaux du [Samusocial](#) de Paris. Le montage financier a été établi par la Direction Générale suivant les montants des travaux estimés par la direction des travaux. Une convention a été établie entre le propriétaire Coopération & Famille et le GIP [Samusocial](#) de Paris pour la partie délégation de maîtrise d'ouvrage et avec l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) pour la partie subvention. Les travaux seront réalisés en site libre de toute occupation et vide de tous les matériels. Le dossier technique a été validé par le service de l'urbanisme de la ville de Paris au mois de Novembre 2010.

Le dossier marché a été élaboré par la Direction des Travaux et un appel d'offre sera publié au cours du mois de Janvier 2011. Les travaux de désamiantage sont hors marchés et gérés par le propriétaire COOPERATION et FAMILLE. Cette prestation débutera au mois de mai 2011 et les travaux devraient être achevés au cours du mois de juin 2011. La délocalisation temporaire des LHSS Ridder au sein de l'hôpital J.ROSTAND est programmée en mai 2011.

LHSS ESQUIROL : 16 Lits

Travaux courants de maintenance

LHSS JEAN ROSTAND : 27 Lits

Travaux courants de maintenance et quelques aménagements pour les personnes à mobilité réduite.

LHSS LES LILAS

Ce bâtiment, mis à disposition par l'armée du Salut, est en bon état et ne nécessite que de l'entretien courant.

PENSION DE FAMILLE / 3 Rue de CHAUMONT 75019

Des travaux de remise en état en peinture ont été réalisés dans les chambres. Dans le cadre de la réalisation d'économies d'énergie, une étude des factures et une réduction de la puissance ont été menées en collaboration avec EDF.

PROJETS A SUIVRE :

- CHU Oscar Roty,
- CHU Popincourt,
- CHU Montrouge : étude de réaménagement de l'espace hygiène,
- Projet « LAM » Lits d'Accueil Médicalisés (projet expérimental) : Installation de 24 lits LAM dans les locaux de l'hôpital J.ROSTAND ; ces locaux sont adaptés moyennant quelques aménagements, une étude de faisabilité et un estimatif des coûts ont été réalisés par le Service Travaux du [Samusocial](#) de Paris. Le transfert des LAM est programmé au début du mois d'avril 2011.

Projets étudiés sans suite

- Visite et étude d'un site de l'armée Française situé à Satory dans les Yvelines

Service Moyens Généraux et Logistique

Ce service est en charge de la gestion du parc automobile, des assurances, du suivi des différents fournisseurs, des stocks et des missions de jour planifiées par les professionnels du **Samusocial** de Paris, toutes structures confondues.

Les missions

Malgré quelques mouvements de personnel, le nombre de missions est en forte augmentation dans le secteur de la Logistique. La gestion du suivi du courrier et des petites missions logistique est désormais assurée 3 fois par semaine en 2010 au lieu de 5 en 2009 ; cela concerne les 10 sites visités quotidiennement. Il est à noter qu'un véhicule 5 places a été mis à disposition des LHSS d'Esquirol afin de leur permettre de mieux gérer l'accompagnement des usagers.

1 703 missions ont été réalisées en 2010. Elles se répartissent de la façon suivante :

- 767 missions logistiques,
- 717 missions médicales,
- 219 missions sociales.

Répartition des missions par type et par an de 2008 à 2010

| 2008 | | | | 2009 | | | | 2010 | | | |
|------|------|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|
| Log. | Méd. | Soc. | Total | Log. | Méd. | Soc. | Total | Log. | Méd. | Soc. | Total |
| 574 | 884 | 382 | 1 840 | 636 | 917 | 279 | 1 832 | 767 | 717 | 219 | 1703 |

Le LHSS St Michel concentre le plus grand nombre de missions médicales et sociales.

Répartition des missions 2010 par type et par centre

| | <i>Logistique</i> | <i>Médicale</i> | <i>Sociale</i> | <i>Total</i> |
|--------------------------|-------------------|-----------------|----------------|--------------|
| <i>Services Généraux</i> | 681 | 0 | 0 | 681 |
| <i>ESI</i> | 5 | 0 | 0 | 5 |
| <i>LHSS Esquirol</i> | 4 | 56 | 3 | 63 |
| <i>Ivry</i> | 23 | 0 | 0 | 23 |
| <i>Maison des Femmes</i> | 2 | 4 | 4 | 10 |
| <i>CHU Jean Rostand</i> | 10 | 7 | 2 | 19 |
| <i>LHSS Jean Rostand</i> | 17 | 127 | 38 | 182 |
| <i>LHSS Les Lilas</i> | 3 | 77 | 34 | 114 |
| <i>CHU Montrouge</i> | 1 | 18 | 11 | 30 |
| <i>LHSS Ridder</i> | 5 | 138 | 22 | 165 |
| <i>Site de St Michel</i> | 12 | 235 | 79 | 326 |
| <i>CHU Y. Garel</i> | 4 | 18 | 26 | 48 |
| <i>Pharmacie</i> | 0 | 37 | 0 | 37 |

Flotte automobile

La flotte automobile est composée de 24 véhicules dont 16 sont mis à disposition par le groupe PSA Peugeot Citroën, 2 sont mis à disposition par GRDF et 6 appartiennent au **Samusocial** de Paris. Après un sinistre, les véhicules sont remis en état chez un carrossier agréé par la MACIF, permettant l'optimisation du délai compris entre la déclaration du sinistre, l'expertise et la mise en réparation du véhicule. Cette gestion permet le maintien de la flotte en bon état de fonctionnement et permet d'optimiser les coûts.

Gestion des dons

Le service moyens généraux et logistique participe à la gestion et au dispatching des dons¹³ dans l'ensemble des sites du **Samusocial** de Paris en support du service Mécénat et Développement des Ressources.

Perspectives 2011

- Remplacement de 5 véhicules en juin et juillet 2011.
- Recherche d'une zone de stockage
- Optimisation des stocks du magasin
- Déménagement des centres suivants :
 - LAM Ridder vers les locaux de l'ex Hôpital Rostand
 - LHSS Ridder vers les locaux de l'ex Hôpital Rostand durant les travaux puis nouveau déménagement dans les locaux rénovés des LHSS à la fin de l'année 2011
 - CHU Garel vers Oscar Roty

Service Informatique et Téléphonie

Le Service informatique et téléphonie est en charge de l'ensemble du système d'information informatisé et gère l'ensemble du matériel informatique et téléphonique du GIP **Samusocial** de Paris.

Le service est composé de cinq personnes :

- Un responsable informatique et téléphonie
- Un chargé de projet, développement informatique et téléphonie, dédié particulièrement au 115 de Paris
- Un développeur 4D
- Une Gestionnaire Base de données
- Un technicien informatique

Recrutements 2010 :

- Un développeur 4D :
Afin de répondre aux demandes de développements de plus en plus nombreuses sur l'application ALOHA, un développeur 4D a été recruté. Ce recrutement permet de répondre aux demandes du 115 de Paris, 115 du 93 mais également en fin d'année du SIAO Urgence de Paris.
- Une gestionnaire base de données :
Suite à la réorganisation du pôle statistiques du 115 de Paris, un gestionnaire base de données a été recruté ; ce poste est affecté à 50% au 115 de Paris et à 50% au PHRH. Sa mission est de s'assurer de la cohérence des données des deux applications métier ROSALIE (PHRH) et ALOHA (115). Ce travail permet d'améliorer la qualité des statistiques fournies quotidiennement et allège les deux bases d'informations incomplètes ou erronées. Son travail vient en complément des formateurs du 115 de Paris afin de guider les écoutants sociaux.

Développements ALOHA (Application métier du 115 de Paris)

Suite au recrutement du développeur 4D, la base de données ALOHA du 115 de Paris a été complètement mise à jour. De nombreuses améliorations ont été apportées à son ergonomie et des interfaces ont été réalisées afin de faciliter son utilisation. L'ensemble des interfaces ont été recodées, améliorant les temps de réponses.

Ont été principalement développés dans l'année :

- Calendrier de suivi des rendez-vous familles
- Tableau de statistiques automatisées.
- Refonte de l'interface « recherche personne »
- Amélioration de la « note 4D » (informations individuelles sur les usagers)
- Lien avec Google Maps pour les adresses saisies

¹³ Produits d'hygiène, vêtements, duvets, etc...

En préparation en 2011 : le développement d'ALOHA sous 4D V11, version maintenue par la société 4D. Cette mise à jour permettra de remplacer le serveur physique et surtout d'améliorer les performances. En parallèle un contrat Partner Gold a été signé avec la société 4D afin de bénéficier d'un contact privilégié et d'une aide technique de meilleure qualité.

Développements ROSALIE (Application métier du PHRH)

- Modification du fonctionnement des réservations de Rosalie afin de prendre en compte les cas particuliers de réservations (Sous réservations, prix négociés, prix single, prix par occupants ...)
- Développement de l'envoi des bons de réservations par mail aux différents prestataires, l'envoi par fax n'étant plus adapté au volume d'envoi.
- Optimisation de la base afin d'améliorer les performances du logiciel ; le nombre de nuitées d'hôtel engagées par le PHRH ayant fortement progressé, le serveur ne tenait plus la charge.

Migration des lignes de téléphone mobile vers SFR.

Une étude débutée en 2009 sur la téléphonie fixe et mobile a montré que le transfert de l'ensemble de la flotte de portables vers l'opérateur SFR permettait d'économiser à terme 40% de facture globale. Cela permet également une gestion centralisée des abonnements téléphoniques et un service client de meilleure qualité. Cette migration a permis de remplacer l'ensemble des mobiles de la flotte (+ de 130 GSM) et la mise en place de Smartphone (blackberry + Iphone) des GSM profils encadrant permettant la réception et l'émission de mails.

Mise en place Ivry 3

Nouvelle extension du site d'Ivry sur seine au premier étage (Ivry 3) :

- Travail en collaboration avec les différents services pour la mise en place de ce nouveau site, élaboration des plans et schémas de câblage.
- Modification de l'architecture réseau afin de préparer l'augmentation du nombre de postes informatiques connectés,
- Installation du service PHRH, des services travaux, statistiques et des bureaux des syndicats.

Remplacement des boîtiers de géolocalisation : Suite au dépôt de bilan de la société IRISIO en 2009, l'ensemble des boîtiers de géolocalisation des camions a été remplacé. Après mise en concurrence, la société Eco&Logic a été retenue. Cette entreprise a été sélectionnée pour les possibilités d'évolution de ses plateformes et les possibilités techniques offertes par leurs boîtiers. Des boutons d'alarme ont été installés dans les véhicules, le régulateur en poste étant désormais alerté en direct sur son écran.

Des rapports personnalisés ont été demandés afin de réaliser un suivi quotidien de la flotte des véhicules : historique de tracé sur l'ensemble des véhicules, rapport sur les adresses d'arrêts ...

En parallèle, des boîtiers autonomes de géolocalisation ont été expérimentés au cours de l'hiver 2010/2011, à destination de nos partenaires de maraudes. Ces boîtiers, de la forme d'un GSM, se branchent sur l'allume cigare et permettent une géolocalisation en temps réel sans installation physique dans le véhicule.

Maintien du parc informatique et des services

De nombreux PC ont été remplacés, en majorité des PC ayant une ancienneté supérieure à 3 ans. Le parc informatique du Samusocial de Paris se compose :

- 280 pc client (fixes et portables) sous Windows XP et 7
- 17 serveur sur Windows 2000, Windows 2003, Windows Storage serveur 2008 et Linux
- 13 Photocopieurs minimum 21 Pages /minutes
- 120 Imprimantes et fax noir et blanc et/ou couleur.

L'ensemble des pc sont équipés d'écrans plats 15, 17 et 22 pouces.

Les annexes

- Annexe 1 : Activité du 115 de Paris et caractéristiques des personnes hébergées via le 115 et les EMA en 2010

Activité du 115 de Paris et caractéristiques des personnes hébergées via le 115 et les EMA en 2010

Elsa Garcin ¹

Esther Guery ²

Emmanuelle Guyavarch ³

Christian Hauvespre ⁴

Lorsqu'une personne joint le 115, une série de renseignements relatifs à la demande et aux caractéristiques de la personne concernée par l'appel sont relevés et saisis dans le système d'information ALOHA-4D. Ces informations sont stockées dans des « fiches d'hébergement » qui contiennent des données sur la date de la demande, sur la catégorie de l'appelant (usager, professionnel, particulier, institution...), sur l'objet de la demande (hébergement, changement d'orientation, demande d'informations...) et sur la réponse apportée. Les données sur les caractéristiques de la personne concernée sont saisies dans des « fiches personnes » qui contiennent quant à elles des informations sociodémographiques (date de naissance, sexe, situation familiale, nationalité...). Ces informations sont codifiées dans des masques de saisie correspondant aux fiches hébergement et aux fiches personnes, ainsi que dans une « note », sous forme de fichier texte, où les écoutants sociaux peuvent ajouter des informations complémentaires sur l'appel et sur la personne. Les fiches hébergements et les fiches personnes sont liées afin de pouvoir suivre les demandes et les hébergements de chaque usager dans la durée, et de constituer ainsi des suivis de cohortes. Les fiches concernant l'hébergement des personnes prises en charge par les équipes mobiles d'aide (EMA) sont également enregistrées dans ce système d'information.

Au début de chaque année, les données de l'année écoulée sont transmises à l'Observatoire afin d'y subir un traitement statistique et d'intégrer les nouvelles informations dans les cohortes. La première tâche effectuée, en collaboration entre l'Observatoire et le Pôle de la Régulation (115, EMA, ESI) du GIP Samusocial de Paris, est l'apurement de la base par le biais d'une recherche de doublons. Plusieurs personnes sont impliquées dans ce travail qui consiste à repérer les personnes connues sous différentes identités, et à rassembler toutes les informations les concernant sous un seul identifiant afin d'éviter les doubles comptes. Pour l'année 2010, un peu moins de 6% des fiches personnes ont ainsi été repérées comme étant des doublons d'usagers déjà connus dans le système d'information, chiffre relativement stable dans le temps. Les différentes analyses effectuées chaque année sur la base de données du 115 de Paris sont aussi l'occasion de repérer de nouvelles incohérences, datant parfois de plusieurs années et qui sont systématiquement corrigées au moyen d'une recodification d'un certain nombre d'informations, permettant ainsi une amélioration continue des données et des outils d'information.

L'analyse présentée ici traitera d'une part de la demande et de la réponse apportée à cette demande et d'autre part des caractéristiques des publics d'usagers du 115 de Paris. Les personnes se scindent selon deux catégories : « familles » et « isolées ». La distinction est faite entre ces deux groupes en raison de la réponse apportée à la demande, qui diffère : la demande est quasi-systématiquement pourvue pour les familles, logées la plupart du temps en hôtel, tandis que la prise en charge est moins systématique pour les personnes isolées, qui seront le plus souvent accueillies en centre d'hébergement d'urgence où les places sont plus limitées. Les familles sont considérées comme telles dès lors qu'elles sont constituées d'au moins un enfant mineur accompagné d'au moins un adulte, ou qu'il s'agit d'une femme enceinte d'au moins 3 mois (avec certificat de grossesse).

¹ Socio démographe au Pôle de la Régulation (115, EMA, ESI) du GIP Samusocial de Paris

² Gestionnaire de base de données au Pôle de la Régulation (115, EMA, ESI) du GIP Samusocial de Paris

³ Socio démographe à l'Observatoire du GIP Samusocial de Paris, responsable du pôle d'observation sociale

⁴ Statisticien au Pôle de la Régulation (115, EMA, ESI) du GIP Samusocial de Paris

I. Demandes et nuitées d'hébergement attribuées en 2010

Pour l'année 2010, la base de données contient un peu plus de **2 039 000 fiches d'hébergement**⁵, soit 21% de plus qu'en 2009. Ces fiches d'hébergement se répartissent ainsi :

- 1 484 000 fiches pour des usagers en famille ;
- 555 000 fiches pour des usagers isolés, dont :
 - o 75 000 pour des hébergements en lits halte soin santé (LHSS) et en lits d'accueil médicalisé (LAM),
 - o 480 000 pour des hébergements hors LHSS,

Ces fiches d'hébergement ont donné lieu à **1 930 000 nuitées d'hébergement**, soit 24% de plus qu'en 2009.

1. L'hébergement des personnes isolées

a. L'hébergement des isolés en LHSS

La dernière semaine de l'année 2010 a vu l'ouverture des premières places en LAM (lit d'accueil médicalisé). Entre le 23 et le 31 décembre, 6 places en LAM ont ainsi été pourvues chaque nuit. En attendant de pouvoir faire, l'an prochain, une analyse spécifique sur les LAM, ces nuitées seront intégrées à celles des LHSS pour l'activité 2010, d'autant que les 6 usagers des LAM arrivaient directement d'un LHSS.

En 2010, parmi les 75 000 fiches d'hébergement LHSS, près de 98% ont abouti à une nuitée attribuée par le 115 ou les EMA (voir tableau 1), soit une moyenne de 201⁶ nuitées attribuées quotidiennement. Autrement dit, chaque nuit, en moyenne, 201 personnes « isolées » ont été hébergées en LHSS via ces dispositifs. En 2010, des demandes en LHSS ont été faites pour 1 467 personnes⁷, parmi lesquelles 1 206 ont été hébergées. Ces chiffres augmentent par rapport à l'année passée (+22% d'hébergés), tandis que le nombre de places en LHSS et que les conditions d'attribution de ces places n'ont pas été modifiées. Le nombre de places étant stable, la croissance du nombre d'usagers hébergés va donc faire diminuer la durée moyenne de séjour (voir 2.1. b).

Tableau 1. Distribution des fiches LHSS en fonction de la réponse apportée aux personnes

| | Effectif de fiches | % |
|--|--------------------|----------------|
| Ensemble des hébergements en LHSS | 73 211 | 97,6 % |
| ROPE : refus d'orientation par l'équipe | 442 | 0,6 % |
| DNP : demande non pourvue (faute de place) | 149 | 0,2 % |
| ROPP : refus d'orientation par la personne | 187 | 0,2 % |
| Autre ⁸ | 1 053 | 1,4 % |
| Ensemble des non hébergements | 1 831 | 2,4 % |
| TOTAL | 75 042 | 100,0 % |

Source des données : ALOHA-4D

⁵ Une fiche d'hébergement est créée pour chaque « demande d'hébergement ». Une demande d'hébergement se définit comme un appel téléphonique, une prise en charge par les EMA ou, le plus fréquemment, une prolongation d'hébergement. Les places d'hébergement sont attribuées pour une ou plusieurs nuits successives et à chaque nuit correspond une fiche d'hébergement. De plus, nous comptons une fiche d'hébergement par personne. Par exemple, dans une situation où un couple avec deux enfants fait appel au 115 et obtient un hébergement en hôtel pour 31 nuits, nous dénombrerons 31 nuits x 4 personnes = 124 fiches d'hébergement.

⁶ Le nombre théorique de Lits-Halte-Soins-Santé dédiés au 115 est, depuis 2006, de 210, parmi lesquels 170 sont répartis sur les centres du GIP Samusocial de Paris (Les Lilas, Esquirol, Saint Michel, Ridder et Jean Rostand). Les 40 places restantes sont les places du centre « Maubeuge » régulées par le 115 de Paris.

⁷ Il s'agit bien ici, comme dans l'ensemble du document, d'un nombre de personnes différentes. Une même personne exprimant plusieurs demandes dans l'année ne sera comptabilisée que comme une seule personne.

⁸ La catégorie « autre » correspond aux orientations de la personne vers d'autres services, à la transmission (par exemple vers un autre 115) mais aussi à toutes les autres situations qui ont entraîné l'ouverture d'une fiche sans pour autant qu'il y ait une demande d'hébergement à l'origine, par exemple les demandes d'arrêt d'hébergement lors de séjours longs, les annulations d'hébergement par les usagers, les appels pour des renseignements, etc. Dans le cas des LHSS, 858 fiches sont liées à des sorties d'hébergement.

b. L'hébergement des isolés hors LHSS

En 2010, sur les 479 992 fiches d'hébergement « hors LHSS », près de 398 600 ont abouti à un hébergement (tableau 2), soit une moyenne journalière de 1092, autrement dit, chaque nuit, en moyenne 1092 personnes « isolées » ont été hébergées via le 115 ou les EMA, contre 967 en 2009. Le nombre de nuitées attribuées a quant à lui augmenté de 13% entre 2009 et 2010 (la variation observée entre 2008 et 2009 était de +8%)

Les fiches d'hébergement aboutissent ainsi, dans 83% des cas, à un hébergement. Les CHUS constituent 76% des nuitées attribuées à des personnes isolées, contre 24% de nuitées en hôtel.

Tableau 2. Distribution des fiches en fonction de la réponse apportée aux personnes isolées

| | Effectif de fiches | % |
|--|--------------------|---------------|
| Hébergement en CHUS | 303 453 | 63,2% |
| Hébergement en hôtel | 95 106 | 19,8% |
| Ensemble des hébergements | 398 559 | 83,0% |
| ROPE : refus d'orientation par l'équipe | 3 930 | 0,8% |
| DNP : demande non pourvue (faute de place) | 21 681 | 4,5% |
| ROPP : refus d'orientation par la personne | 22 925 | 4,8% |
| Autre ⁹ | 32 897 | 6,9% |
| Ensemble des non hébergements | 81 433 | 17,0% |
| TOTAL | 479 992 | 100,0% |

Source des données : ALOHA-4D

Parmi l'ensemble de ces nuitées, 31% ont été attribuées pour une seule nuit et 26% pour 7 nuits consécutives. La durée moyenne de nuitées consécutives attribuées lorsque la demande est pourvue est de près de 6 nuits.

La base des données contenant les fiches d'hébergement de 2010 regroupe 34 131 demandeurs, parmi lesquels 9 888 auront été hébergés (+7% par rapport à 2009). Les personnes non hébergées sont celles dont les caractéristiques (notamment liées aux revenus) ne correspondent pas aux critères de prise en charge par le 115 de Paris. Elles seront, dans ce cas, conseillées et orientées, vers d'autres dispositifs d'aide. Les hébergements en CHUS ont concerné 9 223 personnes isolées, tandis que les hébergements en hôtel ont concerné 1 735 personnes isolées. Parmi l'ensemble des personnes hébergées, 82% auront été hébergées uniquement en CHUS, 7% uniquement en hôtel et 11% en CHUS et en hôtel.

2. L'hébergement des personnes en famille¹⁰

Dans 98% des cas, les fiches d'hébergements consacrées aux personnes en famille aboutissent à un hébergement. En 2010, plus de 1 458 000 nuitées ont ainsi été attribuées à des personnes en famille (tableau 3), soit une moyenne quotidienne de 3 995 nuitées pour le 115 de Paris et une augmentation de 30% par rapport à 2009. Dans 98% des cas, les personnes hébergées en famille sont dirigées vers des hôtels.

En 2010, 11 191 personnes en famille ont été hébergées par le 115 de Paris, soit une augmentation de 26% par rapport à 2009. Cette augmentation résulte en partie des nombreux « dépannages » que le 115 effectue pour d'autres dispositifs, notamment la CAFDA. Parmi elles, 20% ont été hébergées à la fois en hôtel et en centre d'hébergement mais les durées de séjour y sont très inégales (voir II.3.b).

⁹ La catégorie « autre » correspond aux orientations de la personne vers d'autres services, à la transmission (par exemple vers un autre 115) mais aussi à toutes les autres situations qui ont entraîné l'ouverture d'une fiche sans pour autant qu'il y ait une demande d'hébergement à l'origine, par exemple les demandes d'arrêt d'hébergement lors de séjours longs, les annulations d'hébergement par les usagers, les appels pour des renseignements, etc.

¹⁰ On ne traitera ici que des données concernant les familles prises en charge par le 115 de Paris. Ne sont pas comptabilisées les familles suivies par l'OMF, l'APTAM, la CAFDA ou le 115 93, même si leurs hébergements sont gérés par le PHRH.

Tableau 3. Distribution des fiches en fonction de la réponse apportée aux personnes en famille

| | Effectif de fiches | % |
|--|--------------------|---------------|
| Hébergement en CHUS | 26 044 | 1,8% |
| Hébergement en hôtel | 1 432 150 | 96,5% |
| Ensemble des hébergements | 1 458 194 | 98,3% |
| ROPE : refus d'orientation par l'équipe | 2 962 | 0,2% |
| DNP : demande non pourvue (faute de place) | 1 291 | 0,1% |
| ROPP : refus d'orientation par la personne | 6 187 | 0,4% |
| Autre ¹¹ | 15 160 | 1,0% |
| Ensemble des non hébergements | 25 600 | 1,7% |
| TOTAL | 1 483 794 | 100,0% |

Source des données : ALOHA-4D

II. Caractéristiques sociodémographiques des personnes hébergées en 2010

1. La population des isolés en LHSS

a. Sexe, âge et situation matrimoniale des personnes isolées hébergées en LHSS

Au cours de l'année 2010, 1 206 personnes ont été hébergées en Lits-Halte-Soins-Santé. Parmi elles, près de 12% étaient des femmes. L'écart d'âge entre les femmes et les hommes hébergés en LHSS est faible puisque l'âge moyen des femmes est de 48,5 ans, contre 47,0 ans pour les hommes. L'âge médian¹², qui partage la population en 2, est de 49 ans pour les femmes, contre 47 ans pour les hommes (tableau 4). S'il n'a pas évolué pour les femmes (après une augmentation de +2 ans entre 2008 et 2009), il est en baisse pour les hommes (49 ans en 2009, 50 ans en 2008).

Tableau 4. Structure par âge de la population des hébergés en LHSS en 2010

| | Femmes | | | Hommes | | | Ensemble | | |
|--------------|------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-----------|
| | effectifs | % | % cumulés | effectifs | % | % cumulés | effectifs | % | % cumulés |
| [18;19[| 1 | 0,7% | 0,7% | 7 | 0,7% | 0,7% | 8 | 0,7% | 0,7% |
| [20;24[| 4 | 2,9% | 3,6% | 22 | 2,1% | 2,7% | 26 | 2,2% | 2,8% |
| [25;29[| 7 | 5,0% | 8,6% | 54 | 5,1% | 7,8% | 61 | 5,1% | 7,9% |
| [30;34[| 12 | 8,6% | 17,1% | 78 | 7,3% | 15,1% | 90 | 7,5% | 15,3% |
| [35;39[| 12 | 8,6% | 25,7% | 125 | 11,7% | 26,8% | 137 | 11,4% | 26,7% |
| [40;44[| 17 | 12,1% | 37,9% | 158 | 14,8% | 41,7% | 175 | 14,5% | 41,2% |
| [45;49[| 19 | 13,6% | 51,4% | 151 | 14,2% | 55,8% | 170 | 14,1% | 55,3% |
| [50;54[| 24 | 17,1% | 68,6% | 161 | 15,1% | 70,9% | 185 | 15,3% | 70,6% |
| [55;59[| 16 | 11,4% | 80,0% | 112 | 10,5% | 81,4% | 128 | 10,6% | 81,3% |
| [60;64[| 13 | 9,3% | 89,3% | 98 | 9,2% | 90,6% | 111 | 9,2% | 90,5% |
| [65;69[| 8 | 5,7% | 95,0% | 51 | 4,8% | 95,4% | 59 | 4,9% | 95,4% |
| [70;74[| 4 | 2,9% | 97,9% | 30 | 2,8% | 98,2% | 34 | 2,8% | 98,2% |
| [75;79[| 0 | 0,0% | 97,9% | 12 | 1,1% | 99,3% | 12 | 1,0% | 99,2% |
| [80;84[| 1 | 0,7% | 98,6% | 6 | 0,6% | 99,9% | 7 | 0,6% | 99,8% |
| [85;89[| 2 | 1,4% | 100,0% | 1 | 0,1% | 100,0% | 3 | 0,2% | 100,0% |
| Total | 140 | 100,0% | | 1066 | 100,0% | | 1206 | 100,0% | |

Source des données : ALOHA-4D

¹¹ La catégorie « autre » correspond aux orientations de la personne vers d'autres services, à la transmission (par exemple vers un autre 115) mais aussi à toutes les autres situations qui ont entraîné l'ouverture d'une fiche sans pour autant qu'il y ait une demande d'hébergement à l'origine, par exemple les demandes d'arrêt d'hébergement lors de séjours longs, les annulations d'hébergement par les usagers, les appels pour des renseignements, etc.

¹² L'âge médian est l'âge qui sépare la population en 2 parties égales. En 2010, 50% des femmes hébergées en LHSS ont moins de 49 ans et 50% ont plus de 49 ans. Contrairement à l'âge moyen, l'âge médian n'est pas influencé par les extrêmes ; ainsi lors du calcul de l'âge moyen, une personne très jeune ou une personne très âgée va influencer la valeur de l'âge moyen, ce qui est n'est pas le cas dans le calcul de l'âge médian qui se contente de partager la population en deux parties égales.

Parmi l'ensemble des personnes hébergées en LHSS :

- 8% ont moins de 30 ans et près de 5% au moins 70 ans
- seules 2% déclarent vivre en couple. Cette proportion varie selon le sexe puisque c'est le cas de près de 9% des femmes et d'à peine plus de 1% des hommes. Cette variation du statut matrimonial en fonction du sexe s'observe chez tous les isolés en LHSS, quel que soit l'âge.
- parmi les 1206 personnes hébergées en LHSS en 2010, 767 seront également hébergés en CHUS ou en hôtel, soit 64% d'entre eux.

b. Nombre de nuitées des personnes isolées hébergées en LHSS

En 2010, 73 211 nuitées ont été attribuées en LHSS, soit une moyenne de 61 nuitées par personne hébergée. Ce nombre moyen de nuitées est relativement important et résulte de la fonction même de ces établissements où les personnes sont accueillies pour être soignées et pour pouvoir se reposer. La durée d'hébergement est donc plus élevée qu'en hébergement simple (CHUS ou hôtel) puisque 10% des personnes hébergées en LHSS en 2010 y ont passé au moins 180 jours (tableau 5), soit 6 mois, contre 7% des personnes hébergées au moins 180 jours en hébergement simple (voir tableau 8, partie II.2.b). Cependant même si cette durée d'hébergement peut sembler élevée, elle subit une baisse importante par rapport à 2009, où la durée moyenne d'hébergement en LHSS était de 73 nuits.

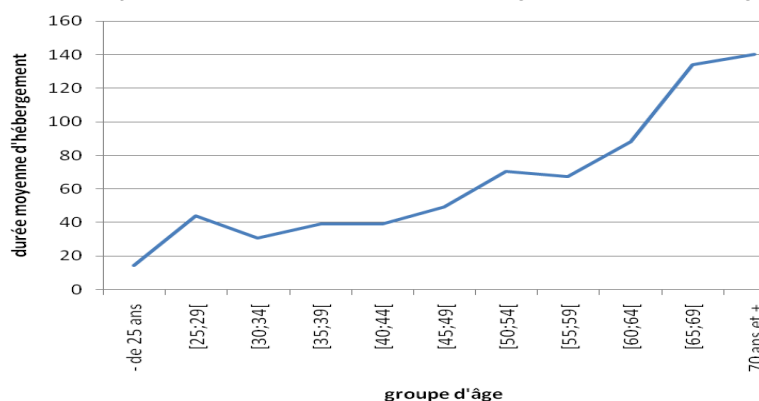
Tableau 5. Distribution des hébergés en LHSS, en fonction du nombre de nuitées attribuées en 2010

| | Femmes | | Hommes | | Ensemble | |
|-------------------|------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| | effectifs | % | effectifs | % | effectifs | % |
| 1 nuit | 28 | 20,0% | 125 | 11,7% | 153 | 12,7% |
| 2 à 7 nuits | 27 | 19,3% | 163 | 15,3% | 190 | 15,8% |
| 8 à 30 nuits | 24 | 17,1% | 312 | 29,3% | 336 | 27,9% |
| 31 à 90 nuits | 29 | 20,7% | 230 | 21,6% | 259 | 21,5% |
| 91 à 180 nuits | 18 | 12,9% | 130 | 12,2% | 148 | 12,3% |
| 181 à 270 nuits | 3 | 2,1% | 58 | 5,4% | 61 | 5,1% |
| 271 nuits et plus | 11 | 7,9% | 48 | 4,5% | 59 | 4,9% |
| Total | 140 | 100,0% | 1066 | 100,0% | 1206 | 100,0% |

Source des données : ALOHA-4D

La durée d'hébergement varie peu en fonction du sexe (64 nuits pour les femmes contre 60 nuits pour les hommes) mais varie en fonction de l'âge. Les personnes âgées de moins de 50 ans, hébergées au moins une nuit en LHSS, auront passé en moyenne 41 nuits, contre 86 nuits pour les personnes de plus de 50 ans (figure 1).

Figure 1. Nombre moyen de nuitées en LHSS, en fonction de l'âge des personnes hébergées en 2010



Source des données : ALOHA-4D

2. La population des isolés hors LHSS

a. Sexe, âge et statut matrimonial des personnes isolées hébergées hors LHSS

En 2010, 9 888 personnes ont été hébergées au moins une nuit via le 115 ou les EMA, soit 7%¹³ de plus qu'en 2009. Parmi eux, 17% sont des femmes. Le nombre de femmes hébergées en 2010 a augmenté de 10% par rapport à l'année 2009, tandis que le nombre d'hommes hébergés augmentait de 6%.

Tableau 6. Structure par âge et sexe de la population des personnes isolées hébergées hors LHSS en 2010

| | Femmes | | | Hommes | | | Ensemble | | |
|--------------|-------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-----------|
| | effectifs | % | % cumulés | effectifs | % | % cumulés | effectifs | % | % cumulés |
| [18;19[| 75 | 4,4% | 4,4% | 187 | 2,3% | 2,3% | 262 | 2,6% | 2,6% |
| [20;24[| 239 | 14,1% | 18,5% | 881 | 10,8% | 13,0% | 1120 | 11,3% | 14,0% |
| [25;29[| 230 | 13,6% | 32,1% | 1289 | 15,7% | 28,8% | 1519 | 15,4% | 29,3% |
| [30;34[| 235 | 13,8% | 45,9% | 1233 | 15,1% | 43,8% | 1468 | 14,8% | 44,2% |
| [35;39[| 196 | 11,5% | 57,5% | 1179 | 14,4% | 58,2% | 1375 | 13,9% | 58,1% |
| [40;44[| 204 | 12,0% | 69,5% | 1034 | 12,6% | 70,8% | 1238 | 12,5% | 70,6% |
| [45;49[| 156 | 9,2% | 78,7% | 884 | 10,8% | 81,6% | 1040 | 10,5% | 81,1% |
| [50;54[| 142 | 8,4% | 87,0% | 642 | 7,8% | 89,5% | 784 | 7,9% | 89,1% |
| [55;59[| 102 | 6,0% | 93,0% | 422 | 5,2% | 94,6% | 524 | 5,3% | 94,4% |
| [60;64[| 71 | 4,2% | 97,2% | 258 | 3,1% | 97,8% | 329 | 3,3% | 97,7% |
| [65;69[| 33 | 1,9% | 99,2% | 107 | 1,3% | 99,1% | 140 | 1,4% | 99,1% |
| [70;74[| 11 | 0,6% | 99,8% | 41 | 0,5% | 99,6% | 52 | 0,5% | 99,6% |
| [75;79[| 3 | 0,2% | 100,0% | 16 | 0,2% | 99,8% | 19 | 0,2% | 99,8% |
| [80;84[| 0 | 0,0% | 100,0% | 16 | 0,2% | 100,0% | 16 | 0,2% | 100,0% |
| [85;89[| 0 | 0,0% | 100,0% | 2 | 0,0% | 100,0% | 2 | 0,0% | 100,0% |
| Total | 1697 | 100,0% | | 8191 | 100,0% | | 9888 | 100,0% | |

Source des données : ALOHA-4D

* Parmi les personnes hébergées, 14 hommes et 3 femmes sont, d'après leur date de naissance, âgés de moins de 18 ans. Cependant la majorité a été déclarée suite à un examen osseux et ils sont ici classés dans le groupe des 18-19 ans.

Contrairement à l'année 2009 où l'âge des femmes isolées hébergées était légèrement plus élevé que celui des hommes (39,5 ans en moyenne, contre 38,0 ans pour les hommes), il n'y pas de différence observée selon le sexe des usagers hébergés en 2010 où la moyenne est de 38 ans. Parmi l'ensemble des personnes hébergées au moins une nuit en 2010, on comptait 14,0% de moins de 25 ans, et 5,6% de 60 ans et plus (tableau 6). On compte plus de personnes à ces âges « extrêmes » chez les femmes que chez les hommes puisque si celles-ci sont plus nombreuses dans les classes jeunes (18,5% ont moins de 25 ans, contre 13,0% chez les hommes), elles le sont aussi dans les classes d'âges plus élevées (7,0% ont au moins 60 ans contre 5,4% chez les hommes). Entre 2009 et 2010 c'est cependant le groupe des femmes jeunes qui prend de l'importance (15,8% avaient moins de 25 ans en 2009) tandis que la surreprésentation des femmes dans le groupe des 60 ans et plus se réduit (elles étaient 8,5% en 2009). L'augmentation du nombre de femmes entre 2009 et 2010 est donc en partie liée avec une prise en charge nouvelle de femmes jeunes.

Le statut matrimonial déclaré par les hommes et les femmes hébergés en tant qu'isolés en 2010 varie selon le sexe mais varie assez peu selon l'âge, surtout chez les hommes (les fluctuations observées dans le tableau 7 sont à relativiser en raison des effectifs moins nombreux dans certaines classes d'âges).

¹³ La croissance entre 2008 et 2009 était quant à elle de 18%.

Tableau 7. Statut matrimonial des hommes et femmes isolés, hébergés au moins une nuit hors LHSS en 2010

| | FEMMES | | | HOMMES | | |
|--------------|-----------|-------|-------------|-----------|------|-------------|
| | En couple | Seule | % en couple | En couple | Seul | % en couple |
| [18;19[| 20 | 55 | 27% | 6 | 181 | 3% |
| [20;24[| 55 | 184 | 23% | 22 | 859 | 2% |
| [25;29[| 48 | 182 | 21% | 46 | 1243 | 4% |
| [30;34[| 34 | 201 | 14% | 55 | 1178 | 4% |
| [35;39[| 41 | 155 | 21% | 54 | 1125 | 5% |
| [40;44[| 27 | 177 | 13% | 37 | 997 | 4% |
| [45;49[| 25 | 131 | 16% | 28 | 856 | 3% |
| [50;54[| 19 | 123 | 13% | 21 | 621 | 3% |
| [55;59[| 12 | 90 | 12% | 17 | 405 | 4% |
| [60;64[| 12 | 59 | 17% | 12 | 246 | 5% |
| [65;69[| 1 | 32 | 3% | 2 | 105 | 2% |
| [70;74[| 2 | 9 | 18% | 1 | 40 | 2% |
| [75;79[| 1 | 2 | 33% | 1 | 15 | 6% |
| [80;84[| / | / | / | 0 | 16 | 0% |
| [85;89[| / | / | / | 0 | 2 | 0% |
| Total | 297 | 1400 | 18% | 302 | 7889 | 4% |

Source des données : ALOHA-4D

Parmi les moins de 50 ans, près de 19% des femmes hébergées en 2010 déclarent être en couple, contre seulement 4% des hommes (tableau 7). Au-delà de 50 ans, cette proportion est de 13% pour les femmes et de 4% pour les hommes.

b. Nombre de nuitées des personnes isolées hébergées hors LHSS

En 2010, 398 559 nuitées ont été attribuées hors LHSS à des personnes isolées, soit une moyenne de 40 nuitées par personne hébergée. Ce nombre moyen de nuitées varie en fonction du sexe puisque les hommes sont hébergés en moyenne 38 nuits, contre 52 nuits pour les femmes.

Tableau 8. Distribution des hébergés hors LHSS, en fonction du nombre de nuitées attribuées en 2010

| | Femmes | | Hommes | | Ensemble | |
|--------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | effectifs | % | effectifs | % | effectifs | % |
| 1 nuit | 403 | 23,7% | 2 680 | 32,7% | 3 083 | 31,2% |
| 2 à 7 nuits | 379 | 22,3% | 2 007 | 24,5% | 2 386 | 24,1% |
| 8 à 30 nuits | 317 | 18,7% | 1 395 | 17,0% | 1 712 | 17,3% |
| 31 à 90 nuits | 286 | 16,9% | 962 | 11,7% | 1 248 | 12,6% |
| 91 à 180 nuits | 155 | 9,1% | 615 | 7,5% | 770 | 7,8% |
| 181 à 270 nuits | 59 | 3,5% | 259 | 3,2% | 318 | 3,2% |
| 271 nuits et plus | 98 | 5,8% | 273 | 3,3% | 371 | 3,8% |
| Total | 1697 | 100,0% | 8191 | 100,0% | 9888 | 100,0% |

Source des données : ALOHA-4D

La durée moyenne d'hébergement varie en fonction de l'âge et du sexe (tableau 9). Les personnes de moins de 50 ans, hébergées au moins une nuit hors LHSS, auront passé en moyenne 36 nuits en CHUS ou en hôtel (49 nuits en moyenne pour les femmes 33 pour les hommes), contre 59 nuits pour les personnes de plus de 50 ans (63 nuits pour les femmes, 58 nuits pour les hommes).

Tableau 9. Nombre moyen de nuitées d'hébergement attribuées selon le type d'hébergement, le sexe, et l'âge des personnes hébergées en 2010

| | Femmes | | Hommes | | Ensemble | |
|-------------|--------|-------|--------|-------|----------|-------|
| | CHUS | Hôtel | CHUS | Hôtel | CHUS | Hôtel |
| - de 25 ans | 16,8 | 20,8 | 18,0 | 25,6 | 17,8 | 22,2 |
| [25;29[| 21,2 | 32,1 | 21,2 | 64,2 | 21,2 | 46,5 |
| [30;34[| 33,6 | 45,0 | 27,0 | 88,1 | 28,0 | 68,6 |
| [35;39[| 33,5 | 46,9 | 29,2 | 77,5 | 29,8 | 65,1 |
| [40;44[| 42,2 | 79,7 | 33,9 | 66,4 | 35,1 | 72,7 |
| [45;49[| 43,4 | 73,1 | 42,9 | 55,6 | 43,0 | 63,6 |
| [50;54[| 41,5 | 50,1 | 50,7 | 58,9 | 49,2 | 54,7 |
| [55;59[| 47,0 | 50,1 | 50,9 | 34,9 | 50,2 | 42,4 |
| [60;64[| 46,0 | 55,8 | 76,6 | 27,7 | 70,7 | 39,7 |
| [65;69[| 43,9 | 58,3 | 52,1 | 38,7 | 50,3 | 48,5 |
| 70 ans et + | 75,6 | 52,5 | 46,2 | 39,8 | 50,1 | 46,1 |
| Ensemble | 33,1 | 47,6 | 32,9 | 61,8 | 32,9 | 54,8 |

Source des données : ALOHA-4D

Le nombre moyen de nuitées varie également en fonction du type d'hébergement (tableau 9). Ainsi les personnes hébergées en hôtel ont un nombre de nuitées plus important que celles hébergées en centre d'hébergement (tableau 9) et ce quel que soit le sexe (même si la différence entre CHUS et hôtel est plus marquée chez les hommes que chez les femmes).

Parmi les 9 888 personnes hébergées en tant qu'isolé en 2010, 203 seront également hébergées en famille la même année, soit 2%.

3. Les personnes hébergées en famille en 2010

a. Sexe, âge et statut matrimonial des personnes en famille

En 2010, 3 708 familles ont été hébergées via le 115. Elles étaient 3 019 en 2009. Ces familles représentent un total de 11 191 personnes, soit 26%¹⁴ de plus qu'en 2009. Trois personnes en moyenne composent ces familles, qui vont varier de 1 personne (dans le cas des femmes enceintes de plus de 3 mois), à 14 personnes pour la famille la plus nombreuse. Cette population se caractérise par la présence d'enfants mineurs, qui représentent la moitié des personnes hébergées en famille (n = 5 635) (tableau 10). Parmi ces enfants mineurs, plus de la moitié a moins de 5 ans (n = 3 151). Les enfants âgés de moins de 1 an représentent une part également très importante : 23% des mineurs, soit 40% des moins de 5 ans.

Les enfants sont âgés en moyenne de 5 ans ; les hommes adultes ont en moyenne 35 ans, contre 31 ans pour les femmes. L'âge moyen des adultes en famille est nettement moins élevé que celui des adultes isolés, notamment en raison de ce qui « fait la famille », c'est-à-dire la présence d'un enfant mineur.

¹⁴ Cette croissance est identique à celle observée entre 2008 et 2009.

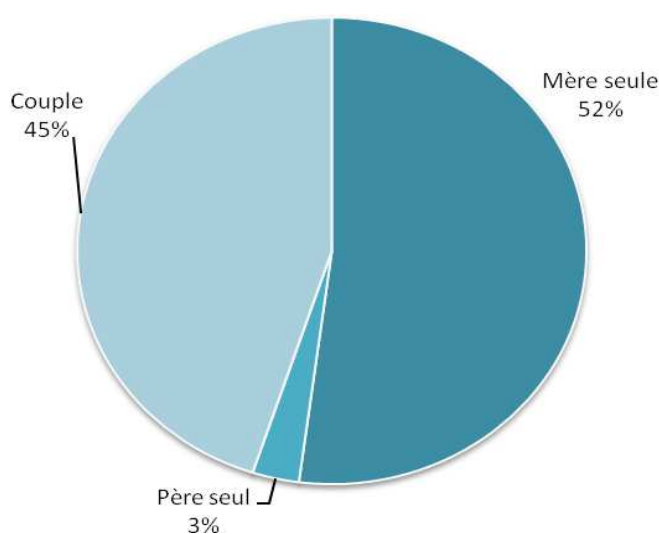
Tableau 10. Structure par âge et sexe de la population des personnes en famille hébergées en 2010

| | Femmes | | | Hommes | | | Ensemble | | |
|--------------|-------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-----------|--------------|---------------|-----------|
| | effectifs | % | % cumulés | effectifs | % | % cumulés | effectifs | % | % cumulés |
| [0;1[| 620 | 9,8% | 9,8% | 654 | 13,4% | 13,4% | 1274 | 11,4% | 11,4% |
| [1;4[| 876 | 13,9% | 23,7% | 1001 | 20,5% | 33,9% | 1877 | 16,8% | 28,2% |
| [5;9[| 517 | 8,2% | 31,9% | 629 | 12,9% | 46,8% | 1146 | 10,2% | 38,4% |
| [10;14[| 397 | 6,3% | 38,2% | 415 | 8,5% | 55,3% | 812 | 7,3% | 45,7% |
| [15;19[| 360 | 5,7% | 43,9% | 347 | 7,1% | 62,4% | 707 | 6,3% | 52,0% |
| [20;24[| 647 | 10,3% | 54,2% | 172 | 3,5% | 65,9% | 819 | 7,3% | 59,3% |
| [25;29[| 929 | 14,7% | 68,9% | 281 | 5,8% | 71,6% | 1210 | 10,8% | 70,1% |
| [30;34[| 836 | 13,3% | 82,2% | 440 | 9,0% | 80,7% | 1276 | 11,4% | 81,5% |
| [35;39[| 597 | 9,5% | 91,6% | 399 | 8,2% | 88,8% | 996 | 8,9% | 90,4% |
| [40;44[| 294 | 4,7% | 96,3% | 267 | 5,5% | 94,3% | 561 | 5,0% | 95,4% |
| [45;49[| 144 | 2,3% | 98,6% | 162 | 3,3% | 97,6% | 306 | 2,7% | 98,2% |
| [50;54[| 58 | 0,9% | 99,5% | 69 | 1,4% | 99,0% | 127 | 1,1% | 99,3% |
| [55;59[| 20 | 0,3% | 99,8% | 36 | 0,7% | 99,8% | 56 | 0,5% | 99,8% |
| [60;64[| 4 | 0,1% | 99,9% | 7 | 0,1% | 99,9% | 11 | 0,1% | 99,9% |
| [65;69[| 3 | 0,0% | 99,9% | 4 | 0,1% | 100,0% | 7 | 0,1% | 99,9% |
| [70;74[| 3 | 0,0% | 100,0% | 1 | 0,0% | 100,0% | 4 | 0,0% | 100,0% |
| [75;79[| 2 | 0,0% | 100,0% | 0 | 0,0% | 100,0% | 2 | 0,0% | 100,0% |
| Total | 6307 | 100,0% | | 4884 | 100,0% | | 11191 | 100,0% | |

Source des données : ALOHA-4D

Les femmes sont surreprésentées parmi cette population des personnes en famille : elles forment 56% de l'ensemble des personnes en famille, et 66% des adultes. Cette surreprésentation s'explique par la structure même de ces familles, en majorité monoparentales (55%) avec à leur tête une femme (figure 2).

Figure 2. Répartition des familles selon le statut du responsable en 2010



Source des données : ALOHA-4D

b. Nombre de nuitées des personnes hébergées en famille

En 2010, 1 458 194 nuitées d'hébergement ont été attribuées aux 11 191 personnes en famille, soit une augmentation du nombre de nuitées de 30% par rapport à 2009 (la variation entre 2008 et 2009 était quant à elle de +16%). Le nombre moyen de nuitées par personne s'élève à 130. Ce nombre de nuitées varie en fonction du statut du chef de ménage, les hommes seuls accompagnés d'enfants étant hébergés sur des durées beaucoup moins longues que les familles en couple ou que les femmes seules avec enfants (tableau 11).

Quelque soit le statut du chef de famille, 14% des personnes sont hébergées sur l'ensemble de l'année.

Tableau 11. Distribution des hébergés en famille, en fonction du nombre de nuitées attribuées en 2010

| | Ensemble des personnes | | Ensemble des familles | | Mères seules | | Pères seuls | | Couples | |
|------------------------|------------------------|-------|-----------------------|-------|--------------|-------|-------------|-------|-----------|-------|
| 1 nuit | 944 | 8,4% | 326 | 8,8% | 165 | 8,5% | 20 | 18,2% | 141 | 8,5% |
| 2 à 7 nuits | 1511 | 13,5% | 486 | 13,1% | 247 | 12,8% | 18 | 16,4% | 221 | 13,3% |
| 8 à 30 nuits | 1608 | 14,4% | 539 | 14,5% | 272 | 14,1% | 23 | 20,9% | 244 | 14,6% |
| 31 à 90 nuits | 1883 | 16,8% | 629 | 17,0% | 337 | 17,5% | 17 | 15,5% | 275 | 16,5% |
| 91 à 180 nuits | 1739 | 15,5% | 567 | 15,3% | 301 | 15,6% | 10 | 9,1% | 256 | 15,4% |
| 181 à 270 nuits | 1038 | 9,3% | 341 | 9,2% | 169 | 8,8% | 11 | 10,0% | 161 | 9,7% |
| 271 à 364 nuits | 939 | 8,4% | 336 | 9,1% | 187 | 9,7% | 4 | 3,6% | 145 | 8,7% |
| 365 nuits | 1529 | 13,7% | 484 | 13,1% | 253 | 13,1% | 7 | 6,3% | 224 | 13,4% |
| Total | 11191 | 100,0 | 3708 | 100,0 | 1931 | 19,5% | 110 | 100,0 | 1666 | 100,0 |
| Durée moyenne | 130 nuits | | 130 nuits | | 132 nuits | | 83 nuits | | 130 nuits | |

Source des données : ALOHA-4D

La durée moyenne d'hébergement varie en fonction du type d'hébergement et de quel que soit le statut du chef de famille. En 2010, les familles auront passé en moyenne 11 nuits en CHUS, contre 138 nuits en hôtel. 25% des familles ont été hébergées à la fois en CHUS et en hôtel au cours de l'année 2010. Les mères seules avec enfants ont des durées d'hébergement en CHUS 2 à 4 fois plus élevées que les pères seuls ou que les couples avec enfants (tableau 12).

Tableau 12. Nombre de familles concernées et durée moyenne d'hébergement (en jours) en 2010

| | CHUS | | Hôtel | |
|-------------------|-------|----------|-------|----------|
| | n | moy.héb. | n | moy.héb. |
| Ensemble | 1 159 | 11 | 3 391 | 138 |
| Mère seule | 782 | 14 | 1 742 | 142 |
| Père seul | 48 | 3 | 91 | 99 |
| Couple | 386 | 6 | 1589 | 140 |

Source des données : ALOHA-4D

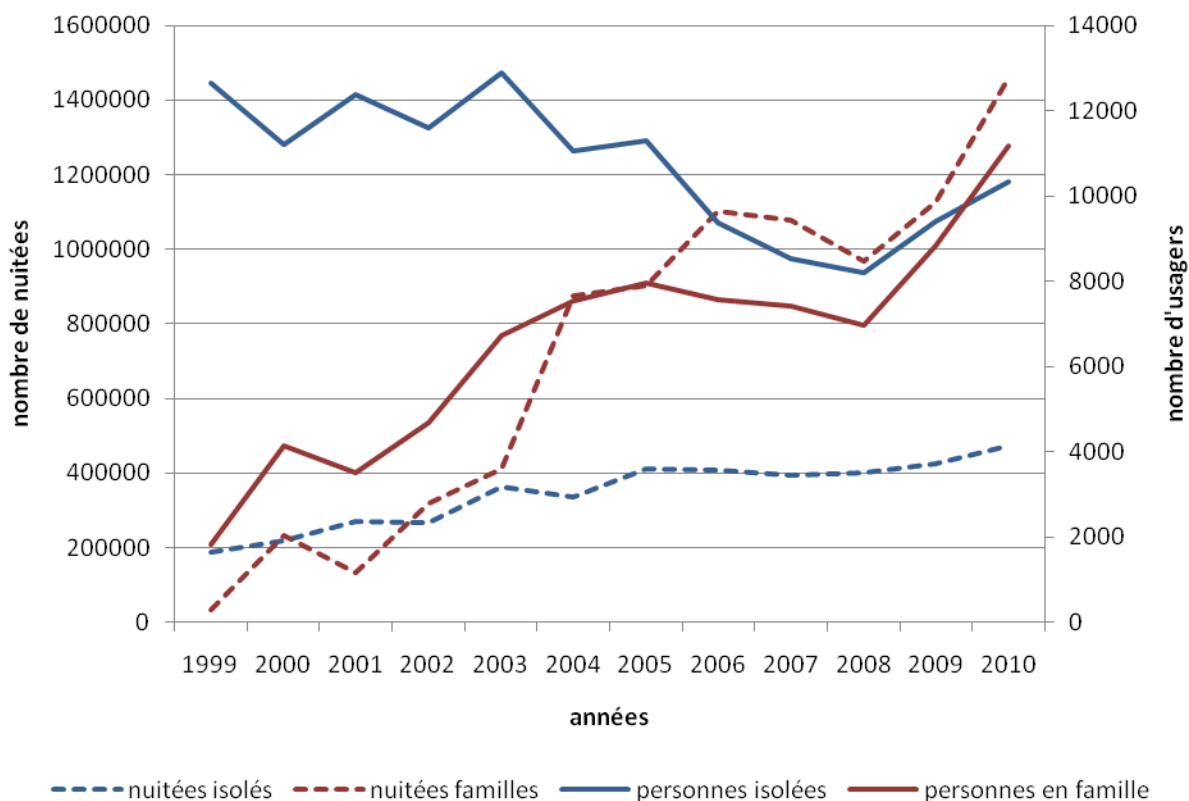
III. Comparaison avec les années précédentes

Qu'il s'agisse du nombre de personnes hébergées ou du nombre de nuitées, l'année 2010 a connu, comme en 2009 et après 1 ou 2 ans de décroissance, des évolutions à la hausse importantes. Le nombre de personnes hébergées au moins une nuit a augmenté de 7% pour les personnes isolées (+22% pour les personnes en LHSS, +7% pour les personnes hors LHSS) et de 26% pour les personnes en famille.

Le nombre de nuitées d'hébergement a quant à lui augmenté de 11% pour les isolés (+1% en LHSS, +13% en hébergement simple) et de 30% pour les familles. Les personnes en famille, qui représentaient 15% des hébergements et 13% de la population des hébergés en 1999 représentent, en 2010, 76% des hébergements et 53% des personnes hébergées. Si la part des nuitées familles par rapport à l'ensemble des nuitées n'a pas évolué depuis 2009, le nombre de personnes en famille dépasse maintenant le nombre de personnes isolées, ce qui n'avait jamais été observé jusqu'ici.

La croissance du nombre de nuitées et du nombre de personnes hébergées s'explique en partie par les « dépannages » qui ont augmenté de 55% entre 2009 et 2010¹⁵. La grande majorité de ces dépannages (90%) concerne les personnes en famille.

Figure 3. Evolution du nombre d'usagers hébergés et du nombre de nuitées attribuées chaque année 1999-2010



Source des données : ALOHA-4D

Nb : entre 12/2003 et 06/2005, les fiches des enfants n'étaient plus enregistrées dans le 4D. Les hébergements d'enfants sur cette période ont donc été estimés à partir des hébergements des adultes.

¹⁵ En 2010, 915 792 dépannages sont enregistrés pour des hébergements clôturés. Les dépannages sont répartis entre les droits de tirage, les droits de priorité et les dépannages purs (c'est-à-dire les personnes mises à l'abri le plus souvent le soir et/ou le WE au titre d'un dépannage humanitaire mais qui ne dépendraient pas logiquement du cadre de prise en charge du 115 de Paris, ou encore les personnes en famille qui dépendent d'un autre dispositif mais pour lesquelles aucune prise en charge n'est possible, faute de place, par ce dispositif).

SYNTHESE

Synthèse de l'année 2010 :

- ✓ 1 930 000 nuitées attribuées (+24% par rapport à 2009)
- ✓ 21 314 personnes hébergées (+16% par rapport à 2009)
- ✓ Le nombre de personnes en famille dépasse désormais le nombre de personnes isolées
- ✓ Les durées d'hébergement en hôtel sont supérieures à celles en CHUS
- ✓ Les femmes sont hébergées plus longtemps que les hommes
- ✓ L'âge des hommes hébergés en LHSS a diminué, tout comme celui des femmes isolées
- ✓ Les personnes les plus âgées sont hébergées plus longtemps que les jeunes
- ✓ Les femmes en LHSS sont légèrement plus âgées que les hommes
- ✓ 14% des isolés ont moins de 25 ans ; 6% ont plus de 60 ans
- ✓ Plus de la moitié des mineurs en famille ont moins de 5 ans ; près d'1/4 des mineurs en famille ont moins de 1 an
- ✓ La part des adolescents (13/17 ans révolus) parmi les mineurs en famille a gagné 5 points par rapport à 2009 (de 11 à 16%)
- ✓ 55% des familles sont monoparentales
- ✓ 95% des familles monoparentales ont à leur tête une femme
- ✓ Plus de la moitié des nuitées d'hébergement pour les familles sont des dépannages

ANNEXES

Annexe 1 : Nuitées attribuées et personnes hébergées via le 115 ou les EMA en 2010

| | Ensemble | LHSS | Isolés hors LHSS | Familles |
|--|----------------------|--------|------------------|-----------|
| Nombre de fiches dans le 4D (arrondi) | 2 038 800 | 75 000 | 480 000 | 1 483 800 |
| Nuitées d'hébergement (arrondi) | 1 930 000 | 73 200 | 398 600 | 1 458 200 |
| % de nuitées par rapport au volume des fiches | 95% | 98% | 83% | 98% |
| Nombre moyen de nuitées attribuées par jour | 5 288 | 201 | 1 092 | 3 995 |
| Nombre de personnes hébergées | 21 314 ¹⁶ | 1206 | 9 888 | 11 191 |
| Nombre moyen de nuitées par personne hébergée | 91 | 61 | 40 | 130 |

Source des données : ALOHA-4D

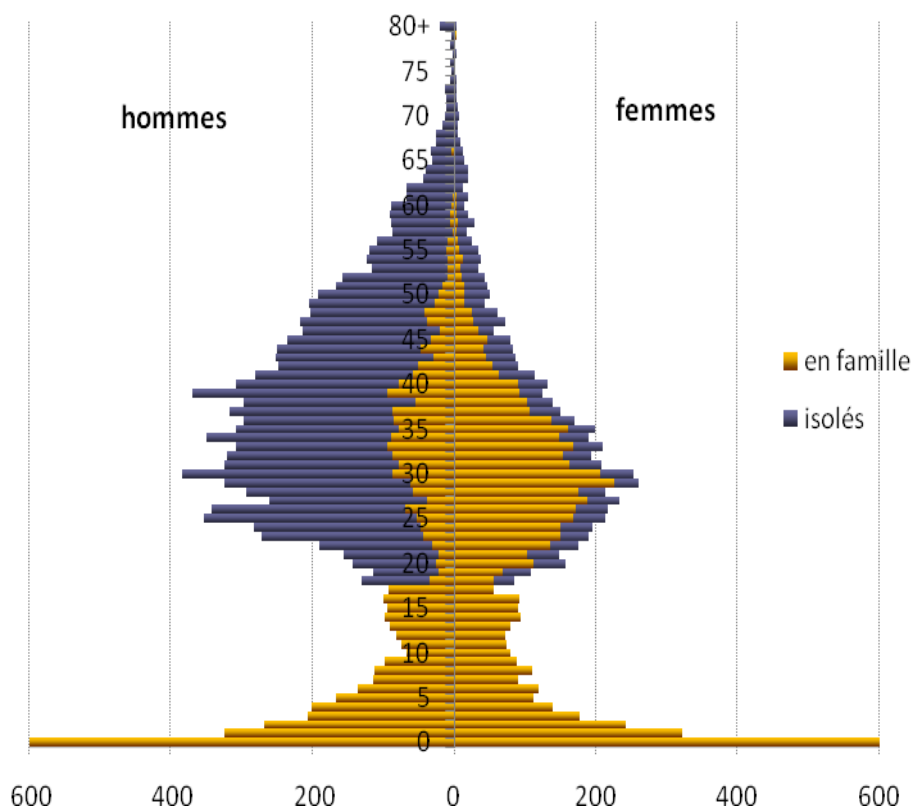
Annexe 2 : Caractéristiques des personnes hébergées en 2010

| | Ensemble | LHSS | Isolés hors LHSS | Familles |
|---|----------|----------|------------------|----------|
| Nombre de familles | | | | 3708 |
| Nombre de mineurs | | | | 5635 |
| Part des mineurs | | | | 50,4% |
| % de femmes adultes | 33,9% | 11,6% | 17,2% | 65,9% |
| % de moins de 25 ans parmi les adultes | 14,9% | 2,8% | 14,0% | 18,0% |
| % de 60 ans et plus | 3,2% | 18,7% | 5,6% | 0,4% |
| Age moyen des hommes adultes | 38,0 ans | 47,0 ans | 38,0 ans | 35,0 ans |
| Age moyen des femmes adultes | 33,5 ans | 48,5 ans | 38,0 ans | 31,0 ans |

Source des données : ALOHA-4D

¹⁶ 1206 personnes en LHSS, dont 767 sont aussi en hébergement simple ; 9888 isolés, dont 203 sont aussi hébergés en famille ; 11191 en famille et un usager que l'on retrouve à la fois en LHSS, en isolé et en famille. Total des hébergés = 11191 + (9888-203) + (1206-767)-1 = 21314

Annexe 3 : Structure par âge et sexe de la population des personnes hébergées au moins une fois en 2010



Source des données : ALOHA-4D

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 2 |
| Orienter, Accueillir et Aller Vers | |
| Le Pôle de la Régulation..... | 6 |
| Le 115 de Paris..... | 7 |
| Le dispositif maraudes..... | 10 |
| L'Espace Solidarité Insertion..... | 14 |
| Héberger et Orienter | |
| Le Pôle de l'Hébergement et du Logement..... | 19 |
| Le CHU Montrouge..... | 19 |
| Le CHU Yves Garel..... | 21 |
| Le CHU temporaire J. Rostand..... | 23 |
| La Maison des Femmes..... | 25 |
| L'Alchimie des Jours, Pension de Famille..... | 26 |
| Soigner | |
| Le Pôle Soins, Médical et Pharmaceutique..... | 29 |
| La Direction des Soins..... | 29 |
| Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)..... | 32 |
| La Direction Médicale..... | 33 |
| L'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT)..... | 41 |
| La Pharmacie..... | 43 |
| Sécuriser l'hébergement hôtelier | |
| Le Pôle de l'Hébergement Hôtelier..... | 45 |
| Le Département de l'Observation et de la Prospective | |
| L'Observatoire du GIP Samusocial de Paris..... | 64 |
| Des services supports en appui du dispositif | |
| Le Pôle Comptabilité, Finances, Administration du Personnel..... | 69 |
| Comptabilité et Finances..... | 69 |
| Achats et Marchés Publics..... | 73 |
| Ressources Humaines..... | 74 |
| Le bureau des Affaires Juridiques..... | 77 |
| Le bureau de la Communication et du Mécénat..... | 79 |
| Le Départ de l'Ingénierie et de la Logistique..... | 87 |
| La Direction des Travaux et du Patrimoine..... | 88 |
| Le service Moyens Généraux et Logistique..... | 90 |
| Le service Informatique et Téléphonie..... | 91 |
| Les Annexes | |
| Activité du 115 de Paris..... | 93 |

samusocial de Paris

35, avenue Courteline – 75012 PARIS

t. 01 41 74 84 84

www.samusocial-75.fr