

Expertise sanitaire du dispositif d'hébergement d'urgence hivernal de la Ville de Genève

Jean-Pierre RESTELLINI

Dr med., lic. iur.

Médecine légale et médecine interne FMH

Ancien médecin cantonal

Ancien Président de la CNPT suisse

Genève, le 23 août 2016

TABLE DES MATIERES

| | | |
|-------|---|----|
| I. | MANDAT | 3 |
| II. | RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS ET DES RECOMMANDATIONS FINALES..... | 4 |
| III. | CONTEXTE ET METHODOLOGIE | 6 |
| IV. | BREF RAPPEL DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES DIFFÉRENTES STRUCTURES DE L'HÉBERGEMENT D'URGENCE HIVERNAL GENEVOIS | 8 |
| V. | VISITES SUR PLACE..... | 13 |
| VI. | PRINCIPAUX « PARTENAIRES SANTÉ » DES ABRIS PC | 19 |
| VII. | EVALUATION DES DIFFÉRENTS PROBLÈMES ET BESOINS SANITAIRES PERSISTANTS DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS | 22 |
| VIII. | CONCLUSIONS | 29 |
| VIII. | ANNEXES..... | 31 |

I. MANDAT

Le mandataire s'est vu confier par Madame Esther Alder, Conseillère administrative de la Ville de Genève, le mandat suivant :

- **procéder à une évaluation de la situation des risques sanitaires présents dans les abris PC du dispositif d'hébergement d'urgence hivernal ;**
 - **identifier les risques de transmission de maladies infectieuses entre les bénéficiaires et auprès du personnel, ainsi que tout autre risque lié à l'état de santé des personnes accueillies ;**
 - **évaluer les besoins sanitaires des personnes hébergées dans le dispositif ;**
 - **clarifier les rôles de la Ville et du Canton sur la question sanitaire dans le dispositif d'hébergement d'urgence hivernal ;**
 - **formuler des recommandations visant à :**
 - **réduire ou supprimer les risques éventuels identifiés,**
 - **améliorer l'état de santé des personnes accueillies,**
 - **clarifier le rôle subsidiaire de la Ville en matière de responsabilité des interventions sanitaires.**
-

II. RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS ET DES RECOMMANDATIONS FINALES

D'une manière générale, l'expert soussigné a été très positivement surpris aussi bien par l'engagement des différent-e-s professionnel-le-s « au front » que par la gestion et l'organisation globale des équipes de la part de la direction du Service social de la Ville de Genève.

A son avis, les mesures prises à ce jour par la Ville de Genève permettent de minimiser au maximum les risques sanitaires majeurs. Il n'en reste pas moins que l'état de santé physique et psychique de la plupart de celles et ceux qui bénéficient d'un hébergement hivernal reste très précaire.

Dans ces conditions, toute mesure même simple (hygiène alimentaire, lutte contre les addictions légales, etc.) visant à améliorer ou même plus simplement à prévenir une altération de la santé de ces mêmes bénéficiaires doit être encouragée.

Les nombreux problèmes sanitaires qui touchent cette population marginalisée constituent un champ essentiel d'observation voire de recherche dont toute la collectivité genevoise peut profiter.

Par ordre de priorité, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Enjoindre les autorités cantonales à réorganiser les structures psychiatriques genevoises afin que les besoins sanitaires des personnes hébergées en abris PC soient satisfaits. Pratiquement, il semble indispensable que des professionnel-le-s de la psychiatrie puissent, de cas en cas, se rendre sur place à la demande des responsables des abris.

Cette recommandation s'inscrit dans la répartition des tâches entre le Canton et les communes, la santé étant de la compétence du Canton.

2. En début de saison hivernale, renforcer la formation de base des équipes dans le domaine sanitaire (affections courantes somatiques et psychiatriques rencontrées dans les abris PC, organisation du réseau de santé genevois, etc.). Cette formation devrait s'étendre sur un minimum de 2 jours pleins, et comprendre notamment un module complet consacré à la tuberculose.
3. Faire appel dans l'abri qui rassemble la majorité des personnes hébergées devant bénéficier d'un nursing, à un-e « assistant-e en soins et santé communautaire » (avec un taux d'occupation d'environ 50%).

Par la même occasion, proposer une mini formation de base dans ce même domaine du nursing, prioritairement destinée aux aides-éducateurs et aides-éducatrices, même si ces prestations ne font pas véritablement partie de leur cahier des charges.

S'agissant de l'introduction d'assistant-e en soins et communautaires, l'objectif est d'apporter une compétence en « nursing ». Ce métier se situe à la limite de la santé et du social. Par conséquent, il peut être introduit et pris en charge par une municipalité.

4. Doubler la fréquence des séances de supervision rassemblant les équipes PC (dorénavant 2 x / mois).
 5. Equiper les abris PC d'un masque à ventiler et d'un défibrillateur ; former tous les membres des équipes à leur utilisation.
 6. Rappeler en permanence l'attitude à adopter en cas de blessure avec du matériel d'injection ou en cas de contact avec du sang.
 7. Dans la mesure du possible, essayer d'éviter les échanges de lits par les bénéficiaires.
-

III. CONTEXTE ET METHODOLOGIE

Contexte

Le contexte du mandat susmentionné est clairement décrit par le Service social de la Ville de Genève :

« Depuis plus de 13 ans, la Ville de Genève est la seule entité publique à offrir un hébergement d'urgence aux « sans domicile fixe ». Ce dispositif est mis en œuvre par le Service social. Les personnes qui y sont accueillies durant quelques semaines ou plusieurs mois pendant l'hiver, présentent des situations sociales et sanitaires très complexes et sont parmi les plus vulnérables de notre Ville.

De nombreux partenaires, compétents dans le domaine de la santé en particulier, collaborent avec le Service social. L'inquiétude des employé-e-s de la Ville face à l'état de santé de nombreuses personnes, ainsi que les risques liés aux épidémies ont averti Madame Esther Alder, Magistrate en charge du Département de la cohésion sociale et de la solidarité dont dépend le Service social.

Cette préoccupation s'inscrit également dans le contexte du désenchevêtrement des tâches entre le Canton et les communes et la clarification des obligations légales et des champs d'intervention des uns et des autres ».

La problématique est effectivement composite et rendue particulièrement compliquée par le mélange et l'imbrication des aspects sociaux et sanitaires¹. De plus, ces derniers se divisent eux-mêmes en deux autres sous-catégories : les questions somatiques et les questions psychiatriques. Il en découle des situations difficiles, complexes et qui semblent malheureusement non seulement se multiplier, mais également s'aggraver d'année en année.

Il convient de mentionner également la question de la répartition des tâches qui, dans le domaine de l'accueil des SDF, incombent ou devraient incomber aux différents intervenants, sanitaires et sociaux, de la Ville et/ou du Canton. Toutefois, cette question relève plus de considérations politiques ; le mandataire n'entend dès lors pas l'aborder directement, même si, à son avis, cette problématique doit également être prise en considération à travers ses recommandations.

La crainte de l'« appel d'air » que pourrait engendrer l'amélioration des conditions générales d'hébergement des abris PC doit également être évoquée. Plus concrètement, il s'agit des SDF d'origine étrangère, notamment de France voisine qui pourraient dorénavant être tenté-e-s d'y venir en plus grand nombre. A mon avis, il suffit de passer une nuit dans l'un de ces abris pour être convaincu que le risque est très faible... De plus, c'est à juste titre que les responsables des services sociaux concernés estiment que, quelle que puisse être la réalité de cette hypothèse, les problèmes sont bien là et doivent trouver une réponse !

¹ Pratiquement, il s'agit du concept de « santé communautaire » qui intègre des paramètres socio-économiques, voire culturels et dépasse largement la réflexion strictement médicale.

Méthodologie

Les visites sur place, notamment les entretiens avec les équipes et les bénéficiaires, ont représenté l'étape principale de cette expertise.

Mais il est rapidement apparu que, compte tenu de la complexité du problème, le mandataire se devait de s'entourer d'un maximum d'avis, en particulier de personnes exerçant dans l'un ou l'autre des différents domaines concernés par la question de l'hébergement hivernal.

Par conséquent, après avoir passé quatre soirées² dans les trois structures fonctionnant comme hébergement hivernal, le mandataire a pris contact avec plus d'une vingtaine de personnes (cf. liste annexée) qui à son avis étaient susceptibles, en raison de leur expérience dans le domaine et/ou de leurs compétences spécifiques, de faire des propositions pertinentes.

Dans cette optique, il a semblé intéressant de puiser également des idées chez nos voisins vaudois, en particulier en ville de Lausanne, confrontés aux mêmes difficultés.

Il est d'emblée intéressant de constater que les problèmes rencontrés et les solutions proposées sont à peu près superposables. En revanche, sur certains points, les avis recueillis ne sont pas tous convergents, voire dans certains cas tout à fait opposés.

Il appartient donc au mandataire, notamment sur la base de ses expériences d'ancien médecin cantonal et d'expert dans l'organisation sanitaire des lieux de privation de liberté, de conclure avec ses propres suggestions.

² Visites malheureusement insuffisantes en nombre et en durée, mais qui ont été limitées par la date très tardive du mandat, quelques jours avant la fermeture des abris.

IV. BREF RAPPEL DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES DIFFÉRENTES STRUCTURES DE L'HÉBERGEMENT D'URGENCE HIVERNAL GENEVOIS

Les trois structures concernées

Les abris PC qui ont fait l'objet d'une visite sont les suivants :

- l'abri PC de Pâquis-Centre ;
- l'abri PC des Vollandes ;
- l'abri PC de Richemont.

Les deux premières structures sont gérées directement par le Service social de la Ville de Genève, tandis que l'abri PC de Richemont a été ouvert du 15 janvier 2015 au 15 avril 2016 par l'Armée du Salut.

Lors de la saison hivernale 2015-2016, la répartition des bénéficiaires s'est faite selon le schéma suivant :

1. Les hommes seuls ont été plutôt dirigés vers l'abri de Pâquis-Centre ;
2. Les femmes, ainsi que les cas plus lourds, notamment psychiatriques parmi les personnes de sexe masculin, étaient accueillies à l'abri des Vollandes ;
3. Les familles avec enfants et les grands mineurs ont été hébergés à l'abri des Vollandes puis dans celui de Richemont dès le 15 janvier 2016.

Les capacités d'accueil de ces trois structures, lors de la saison susmentionnée n'était pas les mêmes puisque pour les deux abris de la Ville de Genève, une centaine de places étaient disponibles, alors que pour l'abri de Richemont (familles), la capacité maximale d'accueil était de 50 places.

Les collaborateurs et collaboratrices de ces trois structures avaient en revanche, dans les grandes lignes, le même profil (cf. infra « Profil du personnel »).

Accueil et répartition des bénéficiaires avant l'entrée dans un abri

Cette première étape avait lieu au service des admissions localisé au Club social rive droite, 10 rue du Temple³. Ouvert tous les jours de 14 à 17 heures, il était géré par cinq aides-éducateurs et aides-éducatrices.

Les migrant-e-s, avec un statut de requérant-e-s d'asile, étaient redirigé-e-s vers les abris PC aux mains de l'Hospice Général⁴. Toutefois, lorsque cette population était incapable de faire face, seule, au monde extérieur, par exemple lorsqu'elle présentait un problème psychiatrique ou social majeur, elle pouvait être aiguillée vers l'abri des Vollandes, pour une durée limitée à quelques jours uniquement.

³ à quelques exceptions près, motivées par des circonstances particulières (par exemple l'urgence pour une personne très handicapée)

⁴ dans le cadre du programme « Aide aux migrants »

Durée de l'hébergement

En principe, la durée maximale de l'hébergement était de 30 jours. Mais l'abri des Vollandes, qui accueillait des cas plus graves, a toléré, de cas en cas, un dépassement de la durée du séjour. Globalement, pour les abris gérés par la Ville de Genève, plus de 60 % des bénéficiaires ont quitté la structure dans les 30 jours.

L'abri « Richemont », géré par l'Armée du Salut, acceptait des séjours d'un mois, renouvelable de 15 jours en 15 jours. Lors du passage de l'expert, certaines personnes s'y trouvaient depuis plus de deux mois et demi.

a. VOLUME D'ACTIVITÉ POUR LES 3 CENTRES (résumé)

Pâquis-Centre

| Période du 15 novembre 2015 au 30 mars 2016 (Pâquis-Centre) | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|---------------|
| | <i>Nuitées</i> | <i>Personnes</i> | % |
| <i>Nbre Hommes</i> | 8'528 | 727 | 100.00 |
| Total | 8'528 | 727 | 100.00 |
| Moyenne de personnes chaque soir | 63 | | |
| Durée moyenne du séjour | 12 | | |

Vollandes

| Période du 2 novembre 2015 au 30 mars 2016 (Vollandes) | | | |
|---|----------------|------------------|----------|
| | Nuitées | Personnes | % |
| <i>Nbre Hommes</i> | 7'022 | 209 | 57.42 |
| <i>Nbre Femmes</i> | 4'297 | 155 | 42.58 |
| Total | 11'319 | 364 | 100.00 |
| Moyenne de personnes chaque soir | 84 | | |
| Durée moyenne du séjour | 31 | | |

Les tournées nocturnes

De plus, à l'abri des Vollandes, chaque soir, un-e aide-éducateur/trice accompagné-e d'un-e « collaborateur/trice logistique » faisait le tour de la Ville de 22 heures jusqu'à une heure du matin et distribuaient, le cas échéant, des sacs de couchages aux personnes qui refusaient de rejoindre un abri PC.

Richemont

Les chiffres définitifs concernant l'abri de Richemont (familles et grands mineurs) n'étaient pas encore disponibles lorsque l'expertise a été rendue. Toutefois, à travers un entretien avec la responsable de l'accueil hivernal de l'Armée du Salut, les données suivantes ont pu être recueillies :

Du 15 janvier au 30 mars 2016 ont été accueillis :

- 13 grands mineur-e-s
- 43 enfants
- 47 parents ou représentants légaux

Le jour du passage de l'expert, 16 personnes s'y trouvaient.

Depuis l'ouverture le taux d'occupation maximale avait été de 32 personnes.

b. PROFIL DES DIFFÉRENT-E-S EMPLOYÉ-E-S TEMPORAIRES

Les différentes catégories de personnel⁵ (globalement par abri)

Tous les membres du personnel avaient un statut d'« auxiliaire » (contrat à durée déterminée) ; ils travaillaient sous l'autorité du/de la chef-fe d'abri.

| Abris | Fonction | Cl. | Nb pers | Nb H / mois | Equiv % | Début contrat* | Fin contrat |
|--|---------------------------|----------|-----------|-------------|---------------|-------------------|-------------------|
| Vollandes | Educateur resp. | I | 1 | 132 | 75.00% | 01.09.2015 | 05.04.2016 |
| Vollandes | Aide-Educateur | G | 8 | 141 | 80.00% | 21.10.2015 | 05.04.2016 |
| Vollandes | Collab. Logistique ** | B | 8 | 56 | 32.00% | 13.11.2015 | 30.03.2016 |
| Vollandes | Veilleur | A | 8 | 35 | 20.00% | 13.11.2015 | 30.03.2016 |
| S/total Vollandes | | | 25 | | | | |
| Richemont | Educateur resp. | I | 1 | 132 | 75.00% | 01.09.2015 | 19.04.2016 |
| Richemont | Aide-Educateur | G | 8 | 123 | 70.00% | 21.10.2015 | 19.04.2016 |
| Richemont | Collab. Logistique ** | B | 6 | 56 | 32.00% | 13.11.2015 | 13.04.2016 |
| Richemont | Veilleur | A | 8 | 35 | 20.00% | 13.11.2015 | 13.04.2016 |
| S/total Richemont | | | 23 | | | | |
| Admissions Aide-Educateur (CSR) | | G | 5 | 106 | 60.00% | 21.10.2015 | 18.03.2016 |
| EPE | Travailleur social | I | 1 | 106 | 60.00% | 16.11.2015 | 30.03.2016 |

- **les agents de sécurité (2 EPT), de 18h45 à 8h15 (9h15 les dimanches et jours fériés, 7/7 (mandat externe)**
- **les « civilistes » (service civil remplaçant le service militaire) (2 EPT)**

Dans l'abri géré par l'Armée du Salut, un grand nombre de bénévoles étaient également à la tâche, en plus des catégories de personnel décrites ci-dessus.

Sur le terrain, l'équipe se composait d'un chef d'équipe, de quatre aide-éducateurs jusqu'à une heure du matin, puis seulement d'un aide-éducateur et d'un veilleur de 1h00 à 9h00,

Dès 18h00 et 8h00 le matin, deux « collaborateurs et collaboratrices logistiques » venaient renforcer l'équipe, notamment pour s'occuper des cantines.

Les formations respectives

Elles étaient variables. La fonction d'AE (aide-éducateur et aide-éducatrice) ne requérant pas de formation spécifique, un certain nombre d'AE n'étaient pas formé-e-s dans le domaine social. En revanche, les veilleurs et veilleuses étaient tous et toutes en formation à la Haute école de travail social, ainsi qu'un certain nombre de collaborateurs et collaboratrices logistiques. Les autres logistiques étaient issu-e-s de l'OCE, ou des « viennent ensuite » du recrutement des AE.

⁵ Voir à ce propos les annonces de recrutement ci-annexées

Quant aux « aides-éducateurs et aides-éducatrices », majoritairement représenté-e-s, ils/elles se répartissaient en trois catégories :

1. celles et ceux qui avaient terminé la partie théorique de leur formation et qui en étaient au stade de la rédaction de leur travail de fin d'études. Pendant cette période, ils/elles venaient passer une saison d'hiver dans un but plutôt rémunérateur ;
2. des aides-éducateurs et aides-éducatrices ayant déjà complètement terminé leur formation HETS ;
3. des personnes n'ayant pas nécessairement suivi de formation officielle dans le domaine social mais avaient néanmoins une expérience professionnelle et/ou de vie très riche, qui leur permettaient d'être parfaitement à la hauteur d'une telle mission.

À noter enfin qu'avant le début de l'ouverture des abris, ou encore lors des premières semaines de la saison d'hiver, les équipes avaient bénéficié d'une **formation ad hoc** de quelques heures, qui comprenait notamment des informations portant sur les maladies transmissibles, les affections psychiatriques et l'organisation du réseau de santé genevois.

Puis, à raison d'une fois par mois, les équipes étaient rassemblées pour une supervision conduite par une psychologue. Enfin, une discussion/formation de plusieurs heures avec un spécialiste des problèmes d'addiction⁶, avait lieu une fois toutes les trois semaines.

⁶ Employé de l'association genevoise de réduction des risques liés aux drogues (« Première Ligne »)

V. VISITES SUR PLACE

a. CONDITIONS MATÉRIELLES

Locaux

Il est facile d'imaginer que les conditions matérielles sont globalement très spartiates. Un abri souterrain n'est, en principe, pas prévu pour des séjours de longue durée. Le confinement souterrain sans aucun accès, ni à la lumière du jour, ni à l'air frais, dégage une atmosphère assez oppressante. L'unique entrée (+ une issue de secours) conforte cette impression d'enfermement et indispose parfois sérieusement les bénéficiaires qui souffrent de claustrophobie.

Malgré une aération par air pulsé en bon état de marche, certaines odeurs pas toujours agréables, étaient parfois persistantes. Dans les salles communes, en raison notamment de la grande promiscuité lors des repas, le niveau sonore restait en permanence élevé.

La **surpopulation était tout simplement effarante dans certains dortoirs**, tout particulièrement ceux de l'abri PC de Pâquis-Centre. Pendant la nuit, les lits à étage (trois niveaux) aboutissaient à un nombre de mètres carrés par personne dont le ratio est supérieur à celui de la prison de Champ-Dollon !

Il n'y avait pas de véritable endroit qui permettait d'isoler d'éventuels perturbateurs. Dès lors, les problèmes engendrés par les gros ronfleurs ou encore par des bénéficiaires qui parfois soliloquent à haute voix, restaient très vifs.

Néanmoins, grâce aux efforts permanents des équipes et de l'entreprise de nettoyage sur place, les conditions générales d'hygiène et de propreté des locaux restaient la plupart du temps tout à fait acceptables.

Repas de soir / Petit-déjeuner

Le repas du soir devait comprendre au minimum de la soupe avec du pain et de la salade. Toutefois, dans la très grande majorité des cas, la nourriture qui était apprêtée par les équipes (servie tous les soirs jusqu'à 21 heures) était beaucoup plus variée. Les mets servis provenaient des stocks offerts par la banque alimentaire « Partage », une Fondation qui récolte notamment les invendus des grandes surfaces. Ces stocks constituaient une réserve pour environ une semaine.

Sanitaires

Les trois abris disposaient de salles d'eau (avec des douches et des rampes munies d'une dizaine de robinets) et de cabinets de toilettes⁷.

Literie

La literie que recevait chaque bénéficiaire à son arrivée comprenait une couverture, un drap housse, un linge de bains et une taie d'oreiller ; la literie était changée deux fois par semaine.

⁷ 5 toilettes et deux pissoirs aux Vollandes, 8 toilettes et 1 pissoir à Pâquis-Centre

b. ENTRETIENS AVEC QUELQUES BÉNÉFICIAIRES

Profil des bénéficiaires

Le profil des bénéficiaires était très polymorphe. On y rencontrait majoritairement des personnes d'origine étrangère⁸, gravement démunies, de passage en Suisse. Les autres pensionnaires, citoyens et citoyennes helvétiques, parfois de retour en Suisse après plusieurs décennies passées à l'étranger, parfois obligé-e-s de rentrer au pays à la suite d'un événement personnel/familial difficile. En l'absence d'un deuxième pilier et avec une AVS minimale, ils/elles devaient parfois patienter plusieurs mois jusqu'à ce que leur situation globale s'améliore et leur permette d'accéder, de nouveau, à une existence plus digne.

Il faut avant tout souligner le pourcentage très élevé, variant de 30 à 50 %, des bénéficiaires qui présentaient des troubles psychiques⁹ ; ces derniers et dernières étaient plutôt regroupé-e-s dans l'abri des Vollandes.

Dans ces conditions, il est facile d'imaginer que lors de décompensations majeures, qui pouvaient parfois prendre la forme d'un délire paranoïaque aigu ou d'une crise d'agitation incontrôlable, la situation pouvait rapidement devenir violente. Il était parfois même nécessaire de faire appel aux forces de l'ordre jusqu'à l'arrivée éventuelle d'une ambulance pour un transfert à l'hôpital.

Dans un autre registre, les personnes qui présentaient des états dépressifs aigus ou chroniques, en permanence susceptibles d'un passage à l'acte auto agressif, mobilisaient et inquiétaient également beaucoup le personnel.

Enfin, un certain nombre de bénéficiaires venaient de quitter la prison de Champ-Dollon après y avoir été incarcéré-e-s pour trafic de stupéfiants, accompagné d'une consommation personnelle. Dans un tel cas, il est facile de s'imaginer que ces personnes, qui pour bon nombre d'entre elles n'avaient aucun suivi post pénal, allaient immédiatement sombrer à nouveau dans leur problème d'addiction, et ceci dès leur arrivée dans l'abri...

Quelques exemples concrets

NB : le choix des entretiens s'est fait sur la base des conseils des équipes ; il n'est donc pas aléatoire.

1. Un homme d'une cinquantaine d'années, vraisemblablement d'origine italienne. Il se disait père de trois enfants et avoir été victime d'un accident à l'origine de différents problèmes de santé. Malgré une présentation relativement soignée et un discours cohérent au premier abord, sa désorientation devenait vite évidente et pouvait

⁸ La communauté rom était largement représentée dans les trois structures.

⁹ Dans le grand public, on se fait parfois une idée erronée du « brave clochard », barbu et hirsute, négligé dans son habillement, et dormant sous les ponts. En réalité, dans l'immense majorité des situations son comportement n'a rien à voir avec d'éventuelles convictions anarchistes, de celui qui veut jouir d'une liberté totale. C'est un trouble mental au sens large du terme qui, dans la plupart des cas, est à l'origine de sa désocialisation (cf. infra).

raisonnablement être mise sur le compte d'une amnésie, peut-être d'origine neurologique. De jour en jour, il réinventait un passé professionnel, à chaque fois différent. Toutefois, son contact restait facile et son comportement n'était pas à l'origine de réels problèmes pour la bonne marche de l'abri. Il était suivi par la CAMSCO (cf. infra)

2. Un homme d'une trentaine d'années, faisant beaucoup plus que son âge, d'origine tunisienne. Il avait déjà fait plusieurs allers-retours à la prison de Champ-Dollon pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants, avec une consommation personnelle majeure. Il était facile de constater que ses fonctions supérieures avaient sérieusement souffert de l'abus de différentes drogues dures ; il n'était manifestement plus à même de gérer seul sa propre existence. Même à travers un bref entretien, un état dépressif majeur était également apparent. Il était suivi par l'Association Genevoise de Réduction des Risques liés aux Drogues (« Première ligne »).
3. Un homme âgé de 82 ans, de nationalité suisse, de retour au pays après de nombreuses années passées en Espagne chez son fils. Ce dernier, victime d'une brusque faillite, n'était plus en mesure d'héberger son père. Il était frappant de constater combien ce bénéficiaire, tout à fait cohérent dans son discours et son comportement, restait très digne malgré ce coup du sort. A ses dires, il ne pouvait bénéficier que d'une rente AVS de CHF 400.- et attendait qu'une solution d'hébergement puisse lui être proposée.
4. Un homme d'un âge indéfinissable, peut-être aux alentours de la quarantaine, d'origine française qui disait ne plus avoir de famille. Très négligé dans son habillement et son hygiène générale, avec une longue barbe, il donnait dans un premier temps l'impression du « parfait clochard » libéré de toute entrave, comme décrit plus haut. Son contact était relativement facile, mais son discours apparaissait rapidement comme totalement incohérent : nette fuite des idées, dont bon nombre étaient délirantes ; un discours totalement incompréhensible avec une théorie personnelle des « carrés variables » grâce à laquelle il comptait très prochainement faire fortune. Sur place depuis environ trois semaines, il avait la ferme intention de quitter « dès que possible » l'abri.
5. Un homme âgé de 73 ans qui se prétendait journaliste. D'origine espagnole, il disait avoir fait à plusieurs reprises le pèlerinage de Saint-Jacques-de-Compostelle. À chaque fois, il venait par la suite « se reposer pendant la saison d'hiver dans un abri PC ». Très content de l'accueil que lui réservait l'équipe, il se plaignait néanmoins de différents problèmes de santé physique (sciatique, coliques néphrétiques, etc.). On ne pouvait pas exclure non plus chez ce bénéficiaire un problème psychiatrique, mais difficile à mettre en évidence en l'espace de quelques minutes.
6. Un homme âgé de 45 ans, d'origine polonaise, ancien ingénieur en métallurgie. Parfaitement adéquat et cohérent dans son discours, il expliquait souffrir, depuis de nombreuses années, d'un grave problème d'alcoolisme chronique à l'origine de sa déchéance professionnelle et familiale. De passage à Genève, il comptait se rendre en Allemagne afin d'y rejoindre sa sœur et y trouver du travail. Il était suivi par la section genevoise de la Croix-Bleue.
7. Deux dames, toutes deux aux alentours de la cinquantaine, absolument inséparables et présentées par l'équipe comme « très bizarres ». Immédiatement inquiétées par la

simple présence de l'expert, elles quittèrent le réfectoire sans dire un mot, afin de fuir dans un autre coin de l'abri. Bien connues de l'équipe, elles ne posaient pas de problème majeur à l'organisation de l'abri, malgré à nouveau un problème psychiatrique assez évident.

8. Une dame d'origine hollandaise dans la cinquantaine, au contact facile mais qui orienta très rapidement et fermement la discussion dans le sens qu'elle entendait lui donner. Son téléphone portable dans les mains, elle voulait absolument convaincre l'expert qu'elle était en permanence espionnée à travers l'écran. Tentative d'élargir la discussion, mais sans succès.
9. Une dame âgée de 54 ans, d'origine argovienne, en bonne santé habituelle, qui se disait chercheuse en philosophie après une formation en Angleterre. Elle prétendait qu'une partie de sa famille habitait Genève ce qui ne semblait pas vraiment être le cas selon l'équipe. Elle passait le plus clair de son temps dans les bibliothèques universitaires à lire différents ouvrages. L'absence de domicile et un emploi du temps relativement peu banal ne permettait pas non plus d'exclure un éventuel problème psychique.
10. Un homme d'origine allemande, âgé d'une cinquantaine d'années, gros fumeur (plus de 60 cigarettes par jour qu'il confectionnait lui-même en allant fouiller dans les poubelles à la recherche de mégots). Souffrant de diabète, actuellement sous traitement oral, il se disait « biologiste-écologiste », et serait venu de Hambourg à Genève uniquement pour voir les Nations Unies où à son avis de nombreuses décisions importantes seraient prises (sic !).

c. ENTRETIEN AVEC LES ÉQUIPES

Atmosphère générale

L'atmosphère générale qui régnait dans les différents abris visités était très cordiale. Les nombreuses tâches étaient exécutées avec entrain, dans un esprit indiscutablement positif. Les équipes, tout particulièrement les aides-éducateurs et aides-éducatrices, faisaient preuve de beaucoup de tact et de diplomatie lorsqu'elles abordaient des bénéficiaires plus difficiles d'approche, notamment les personnes qui souffraient manifestement de troubles psychiatriques. Leur attitude était à chaque fois empreinte d'empathie et de gentillesse. Malgré les difficultés propres à ce type de patients, les membres des équipes cherchaient inlassablement et de manière proactive le contact.

Préoccupations et attentes des équipes

En préambule, il convient d'insister sur un consensus général concernant l'adéquation de ce travail dans les abris PC avec leur mission originelle : mes interlocuteurs et interlocutrices estimaient non seulement être à leur place, mais d'une manière générale, à même de faire face à leurs tâches. Néanmoins, dans l'optique d'être plus performant-e-s, ils/elles exprimaient leurs préoccupations et leurs besoins selon l'ordre prioritaire suivant :

1. *Les troubles psychiatriques*

L'ambiance générale est très alourdie par les comportements des personnes qui souffrent de troubles psychiques, tout particulièrement en cas de crise aiguë. Il est notamment difficile dans une telle situation d'attendre patiemment l'arrivée des forces de l'ordre et/ou d'une ambulance. La tenue de propos délirants, la soliloque à très haute voix, surtout pendant les heures de sommeil est difficile à gérer. De plus, les risques suicidaires nettement présents chez plusieurs personnes sont lourds à assumer.

Dans ces conditions, le besoin permanent d'être très réactif et adéquat en face des personnes qui présentent de telles affections a été unanimement souligné. Le désir d'être plus efficace, plus performant-e auprès de ces bénéficiaires en souffrance, mais qui refusent de reconnaître leur trouble psychique, est surtout ressorti de ces discussions.

2. *Les problèmes d'addiction*

Aux dires des équipes, 10 à 20 % de l'ensemble des bénéficiaires présenteraient un problème d'addiction aux drogues dures. D'où des baisses de la vigilance, voire des pertes de conscience, provoquées par des overdoses plus ou moins graves. Du matériel d'injection était retrouvé dans les sanitaires et/ou les toilettes avec un risque de blessure donc de contamination aussi bien pour les autres bénéficiaires que pour le personnel. En revanche les états de manque ne semblaient pas vraiment problématiques¹⁰ puisque les bénéficiaires pouvaient en tout temps quitter l'abri à la recherche d' « une dose » lorsque l'état de manque devenait insupportable.

3. *Le nursing*

Les personnes qui ne peuvent pas procéder toutes seules à leur toilette et/ou à leur habillage en raison d'un handicap provoqué par une affection physique et/ou par un état mental très perturbé deviennent de plus en plus nombreuses. Il en irait de même avec les personnes âgées. Dans de tels cas, les équipes n'étaient pas toujours suffisamment en nombre et en aucun cas véritablement formées à ces soins¹¹.

4. *Les problèmes somatiques*

A première vue, il ne s'agit pas d'une préoccupation majeure puisqu'il est relativement facile de confier les bénéficiaires aux infirmier-ère-s et aux médecins de la CAMSCO. La question des médicaments est aussi évoquée, puisque de 40 à 50 % des bénéficiaires seraient sous traitement médicamenteux. En principe ces derniers géraient personnellement leur prise de médicaments, mais sans qu'il soit néanmoins toujours possible d'en vérifier l'adéquation.

5. *Les parasites*

Le problème des poux, de la gale et des puces ne semblait plus actuellement être majeur, compte tenu des précautions prises (cf. infra). Toutefois, dans les dortoirs occupés par des

¹⁰ Contrairement à la situation carcérale où les états de manque aboutissent souvent à des accès de violence.

¹¹ Le cahier des charges des aides-éducateurs et aides-éducatrices ne mentionne pas le nursing comme étant l'une de leur mission.

membres de la communauté rom, des problèmes pouvaient survenir en raison de leur habitude de ne pas considérer que les lits leur étaient attribués personnellement. Pratiquement il leur arrivait d'échanger souvent leur lit, et la literie allant avec.

6. *La tuberculose (TBC)*

Il y a quelques années, suite à la découverte d'une TBC active chez un bénéficiaire, tous les membres du personnel ont effectué un contrôle. Une personne de l'équipe a été contrôlée positivement ; elle était porteuse d'une TBC latente. Afin de pouvoir garantir un accompagnement RH de qualité, et selon les recommandations faites par le Centre antituberculeux (CAT) des HUG, un processus de dépistage de la TBC a été instauré auprès de tous les nouveaux collaborateurs et de toutes les nouvelles collaboratrices auxiliaires recruté-e-s chaque hiver. Ce test, effectué au jour 0 du contrat de travail, permet de démontrer dans un deuxième temps qu'une éventuelle contamination ultérieure a vraisemblablement eu lieu dans le cadre de travail.

Par ailleurs, et en collaboration avec la CAMSCO et le CAT, un projet pilote de type questionnaire de santé a été soumis à l'ensemble des nouveaux et nouvelles bénéficiaires, lors de leur passage à l'admission. Pour cette dernière saison, aucun cas n'a été détecté.

VI. PRINCIPAUX « PARTENAIRES SANTÉ » DES ABRIS PC

La Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (CAMSCO)

Cette structure vise à la prise en charge des personnes sans domicile fixe, sans assurance maladie, ou encore sans statut légal et vivant en situation de précarité. Elle a vu le jour à l'entrée en vigueur de la LAMal, parce que justement cette dernière ne couvre pas leurs frais de santé.

La CAMSCO, offre avant tout une consultation ambulatoire infirmière (4,7 EPT) de type bas seuil à raison d'environ 600 consultations par mois. Si nécessaire, les cas problématiques peuvent être présentés à un médecin dans un deuxième temps.

Les personnes hébergées dans les abris PC qui ont besoin de soins médico-infirmiers doivent s'y rendre par leurs propres moyens. Lorsqu'elles ne sont pas en mesure de se déplacer de manière indépendante, il est alors nécessaire de faire appel à l'UMUS (cf. infra). Toutefois lorsque les soins sont complexes et/ou répétés, l'UMUS n'est pas toujours en mesure d'y faire face.

L'Unité Mobile d'Urgences Sociales (UMUS)

Cette unité, rattachée à l'Institution genevoise de maintien à domicile (imad)¹², a été justement créée, entre autres besoins identifiés, pour pallier à d'éventuels problèmes de mobilité chez des personnes en situation de grande précarité. Elle est composée de deux équipes qui s'alternent. L'UMUS intervient à domicile ou en extérieur, dans différentes situations d'urgence médico-sociales.

Ses interventions se font toujours sous la forme d'un binôme (un-e infirmier/infirmière et un-e travailleur social/travailleuse sociale, de 17 heures à 8 heures du matin (le week-end l'UMUS est disponible 24 heures sur 24). À noter qu'environ 50 % des appels ont lieu entre 17 et 21 heures.

Les abris PC peuvent donc faire appel à l'UMUS. Depuis 2014, et selon le protocole établi par imad, ces interventions passent par la centrale d'urgences 144 (cf. infra). Dans un deuxième temps, si cette dernière l'estime nécessaire, elle va contacter l'UMUS afin d'envoyer une équipe sur place.

Pendant la période d'hébergement hivernal 2015-2016, l'UMUS est intervenu à 29 reprises dans les abris PC. Les situations rencontrées par l'équipe UMUS se répartissent entre les problèmes de précarité nécessitant plutôt une approche sociale, de santé physique (dermatologiques, cardio-respiratoire, infectieuses, etc.) et de santé mentale (addiction, troubles du comportement en relation avec un trouble mental, etc.)

¹² Soins à domicile dont seules les personnes affiliées à la LAMal peuvent bénéficier.

La centrale d'appel d'urgence 144

La mission de base de la centrale 144 consiste à répondre adéquatement aux urgences vitales. Il arrive toutefois fréquemment qu'elle soit appelée pour des problèmes de santé mineurs. Le choix des moyens à engager est alors effectué par la « régulation » téléphonique du 144, composée d'infirmiers et d'infirmières et/ou d'ambulanciers et ambulancières diplômé-e-s, tous et toutes au bénéfice d'une formation spécifique complémentaire pour ces opérations de dispatching.

Pendant la saison 2015-2016, les équipes PC ont appelé 75 fois le 144. Il y a eu 46 interventions directes du 144, et 30 départs en ambulance.

Les appels provenant des abris PC sont dans les grandes lignes de deux ordres :

- 1° des urgences potentiellement vitales (perte de connaissance dans le cadre d'une overdose, d'un malaise d'origine cardiaque, etc.) ;
- 2° un problème (somatique ou psychique) ne nécessitant pas forcément l'envoi d'une ambulance dans l'immédiat. Dans un tel cas, le régulateur (ou le médecin 144 de piquet) va s'entretenir directement avec l'appelant-e de l'abri PC puis soit régler le problème à travers de simples recommandations/conseils ou alors envoyer l'UMUS à l'abri PC concerné. Dans cette deuxième hypothèse, l'équipe UMUS lorsqu'elle est sur place, peut quand même décider qu'un transfert à l'hôpital par ambulance est nécessaire, ou alors dans la mesure du possible se charger directement du transport au moyen de la « voiture UMUS ».

Il arrive que l'équipe UMUS ne soit pas disponible rapidement. Dans un tel cas, le recours à l'ambulance, pas forcément justifié a posteriori, s'avère néanmoins souvent incontournable.

Le coût d'une intervention d'une ambulance pour une urgence vitale est de CHF 864.- et de CHF 570.- si la situation n'est pas urgente. A ce propos, il faut rappeler que faute de couverture LAMal pour les bénéficiaires des abris PC, ces transports ne sont pas remboursés. Mais selon le règlement cantonal K21, l'ambulance de piquet la plus proche, est quand même obligée de s'y rendre. Enfin, aux dires du médecin répondant de la centrale, le docteur Robert Larribau, environ 20 % des sorties « urgences vitales-abris PC » sont motivées par des problèmes psychiatriques, au sens large du terme.

Le centre antituberculeux (CAT)

Le centre antituberculeux genevois est rattaché au service de pneumologie des HUG. Le CAT centralise pour le canton toutes les réponses à apporter à des problèmes en relation avec cette affection.

A la suite de la découverte d'une tuberculose active chez trois bénéficiaires lors de la saison 2013-2014 (cf. supra), décision a été prise d'effectuer des contrôles préventifs auprès des nouveaux collaborateurs et nouvelles collaboratrices engagé-e-s pour la nouvelle saison hivernale (cf. supra).

Par ailleurs, et dans une perspective plus large de santé publique et de prévention, un projet pilote s'est déroulé pendant cette dernière période hivernale afin d'explorer le bénéfice éventuel d'un dépistage systématique de la tuberculose avant même l'arrivée dans un centre

PC. Cette étude pilote, conduite au moment de l'admission¹³, consistait à identifier les patient-e-s à risque d'après le questionnaire ad hoc de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Les bénéficiaires ayant répondu au questionnaire et ayant un score supérieur à 10 devaient se rendre au CAT pour faire une radio thoracique. Tout cliché suspect conduisait à un entretien clinique et à des investigations organisées d'emblée. L'acceptation du questionnaire s'est révélée élevée (environ 80%) ; le système a donc bien fonctionné.

Pour la saison 2015-2016, aucun cas n'a été détecté par le biais de ce protocole (cf. supra).

¹³ En collaboration très étroite avec la CAMSCO, et son médecin répondant le Docteur Yves Jackson

VII. EVALUATION DES DIFFÉRENTS PROBLÈMES ET BESOINS SANITAIRES PERSISTANTS ; DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Préambule

Les recommandations qui suivent prennent en compte les entretiens avec les différent-e-s spécialistes consulté-e-s (cf. liste en annexe). Leur point de vue n'est pas forcément retranscrit dans son intégralité.

URGENCES VITALES

Il est bien entendu impossible d'envisager qu'à l'avenir, les équipes des abris PC puissent se passer de faire appel à la centrale d'urgence¹⁴⁴, quels que puissent être les frais afférents à l'arrivée immédiate d'une ambulance. Toute perte de connaissance ou symptomatologie pouvant évoquer une affection grave, doit conduire les responsables d'un abri à faire appel immédiatement à une ambulance. Ceci d'autant plus qu'à chaque fois que l'appel à la centrale émane d'un abri PC, les régulateurs et cas échéant le médecin de piquet sont immédiatement à disposition pour discuter du degré d'urgence du cas, selon un protocole préétabli.

Par conséquent, l'expert soussigné estime que sur ce point peu d'améliorations peuvent être envisagées, à l'exception peut-être des appels pour des problèmes psychiatriques (cf. infra).

Toutefois, comme on le verra plus bas, l'impossibilité dans certains cas pour l'équipe UMUS d'intervenir rapidement doit être prise en considération. Pour des raisons de compétence, il en va de même avec les réactions violentes, les agressions contre le personnel et/ ou les autres bénéficiaires.

Recommandations : cf. infra « problèmes psychiatriques »

PROBLÈMES SOMATIQUES

TBC

La tuberculose reste une affection grave, même si elle est aujourd'hui traitable dans l'immense majorité des cas, et finalement relativement peu contagieuse.¹⁴

L'étude pilote susmentionnée, n'ayant pas permis de déceler un seul cas pendant la dernière saison hivernale, le CAT a décidé d'y renoncer. En revanche, les SDF (comme les requérants d'asile) constituent toujours une population à risque pour cette affection. Dans ces conditions, les professionnel-le-s concerné-e-s doivent rester très attentifs et attentives aux différents symptômes d'appel¹⁵, et ne pas hésiter à orienter immédiatement les SDF en

¹⁴ On estime aujourd'hui qu'il faut plusieurs heures de contact étroit avec une personne contagieuse pour être soi-même contaminé-e. De plus, sur 10 personnes infectées, seule l'une d'entre-elles va véritablement tomber malade.

¹⁵ Dans les grandes lignes : toux qui dure plus de trois semaines, souvent accompagnée d'expectorations, d'un état subfébrile, d'asthénie, d'une perte d'appétit et de poids et de sueurs nocturnes.

cas de suspicion TBC à la CAMSCO. Cette attitude est aujourd'hui également celle des structures semblables en ville de Lausanne.

Recommandations : dans le cadre de la formation du début de saison des équipes PC, prévoir un module complet consacré à la TBC. Ce dernier devrait s'insérer dans le cadre d'une formation globale portant sur les problèmes somatiques et psychiatriques fréquemment rencontrés dans les abris PC. Des informations concernant l'organisation générale du réseau sanitaire genevois sont également indispensables.

Parasitoses

Concernant les parasitoses, les mesures actuellement prises par les responsables des abris PC sont adéquates. Pour mémoire, seuls les contacts physiques prolongés, l'échange de couvre-chef (pour les poux), et surtout le partage des mêmes habits et de la literie représentent un risque de transmission (poux et gale). Le lavage de la literie à température d'au moins 60° et la consignation des effets personnels dans des sacs de plastique semblent être à l'heure actuelle des mesures suffisantes. Concernant cette fois la lutte contre les punaises de lit, le passage éventuel des habits personnels au surgélateur, ou cas échéant, l'appel à des chiens détecteurs de punaises reste tout à fait valable.

Recommandations : dans la mesure du possible essayer d'éviter les échanges de lits par les bénéficiaires.

Addictions et overdoses

Aux dires des équipes, de 10 % à 20 % des bénéficiaires présenteraient un problème d'addiction aux drogues dures. Dans ces conditions, et malgré les contrôles effectués par le personnel dans le but d'éviter l'entrée de matériel d'injection et/ou de produits, le risque d'overdoses reste bien présent. Dès lors, toute perte de connaissance, en particulier chez de jeunes adultes, doit faire penser à une overdose et passer par un appel immédiat à la centrale d'urgence. Dans l'attente de l'arrivée de l'ambulance, notamment lorsque la personne semble présenter des difficultés respiratoires, il est utile d'assister sa ventilation au moyen d'un masque, et le cas échéant, d'utiliser un défibrillateur en cas d'arrêt cardiaque.

Par ailleurs, le risque de se blesser avec du matériel d'injection abandonné dans les sanitaires ne peut non plus pas être exclu. Dans ces conditions, à chaque fois qu'un-e membre du personnel ou un-e bénéficiaire se blesse avec du matériel d'injection abandonné, il convient de suivre à la lettre les directives usuelles en cas d'accident d'exposition¹⁶.

Concernant cette fois les problèmes d'alcoolisme chronique, les équipes semblaient être parfaitement informées des services susceptibles de prendre en charge les personnes souffrant de cette affection.

¹⁶ Laver la plaie immédiatement avec de l'eau et du savon, puis utiliser un produit contenant de la chlorhexidine en le laissant agir plusieurs minutes au niveau de la plaie. Puis le plus rapidement possible, faire appel au médecin spécialiste pour le VIH, disponibles 24 heures sur 24 aux HUG afin d'envisager une éventuelle prophylaxie après exposition (prise de médicaments antiviraux pendant quelques mois). Voir encore à ce propos les directives HUG complètes : « Prévention des maladies infectieuses transmises par voie sanguine dans le secteur sanitaire ». Déclaration d'accident pour prise en charge LAA.

Recommandations :

- 1) **rappeler en permanence à tous les membres des équipes, l'attitude à adopter en cas de blessure avec du matériel d'injection ou en cas de contact avec du sang.**
- 2) **former les membres des équipes au maniement d'un masque à ventiler et d'un défibrillateur.**

Nursing

A ce propos, il faut souligner à nouveau l'engagement des équipes qui dans l'ensemble estiment que l'aide à la toilette et à l'habillage fait partie de leurs tâches même si ces dernières ne font pas formellement partie de leur cahier des charges.

Trois problèmes distincts doivent être néanmoins évoqués :

- 1) les bénéficiaires qui refusent qu'on les aide, tout particulièrement lorsque ces derniers/dernières souffrent de troubles mentaux.
- 2) le manque de temps pour se consacrer à cette aide notamment lorsque l'abri héberge plusieurs personnes dans une situation de dépendance majeure.
- 3) last but not least, un savoir-faire qui dans ce domaine assez spécifique leur manque !

Recommandations :

- 1) **Faire appel dans l'abri qui rassemble ces cas (en l'occurrence l'abri des Vollandes pour la saison écoulée 2015-2016) à un-e « assistant-e en soins et santé communautaire ». Cette personne devrait y passer au minimum quelques heures dans la soirée, et se charger également de la formation susmentionnée ;**
- 2) **Proposer une formation de base en début de saison dans ce domaine aux aides-éducateurs/trices, formation dont pourrait se charger la personne susmentionnée.**

PROBLEMES PSYCHIATRIQUES

C'est indiscutablement cette problématique qui non seulement est perçue comme prioritaire par les équipes, mais qui, également aux yeux de l'expert, doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. Au-delà de ses aspects purement cliniques, les questions d'ordre organisationnel et institutionnel ne peuvent être évitées.

On peut très grossièrement scinder les problèmes en trois catégories, même si ces dernières peuvent indiscutablement se recouper :

- la réponse à apporter immédiatement aux situations de violence ou de crise aiguë ;
- la gestion des conflits et/ou les difficultés relationnelles majeures avec un-e bénéficiaire ;
- la difficulté d'entrer en contact avec certaines de ces personnes, qui malgré leur affection et la souffrance qui en découle, refusent toute prise en charge médico-psychiatrique.

Violences / crises aiguës dans un contexte psychiatrique

Comme on l'a vu plus haut, dans certains cas, avant même d'être en mesure de poser un éventuel diagnostic psychiatrique, la situation est d'une telle gravité que la seule possibilité pour les équipes consiste à faire appel à une ambulance en urgence, le cas échéant avec l'appui des forces de l'ordre. Dès lors, il n'y a, à notre avis, pas de réponse alternative à de telles situations.

Conflits / difficultés relationnelles majeures avec un-e bénéficiaire

Dans un tel cas, il nous semble actuellement indispensable de continuer de faire appel à l'UMUS. Le binôme constitué par un-e infirmier/infirmière et un-e spécialiste du domaine social peut être grandement utile. Ceci d'autant plus que dans son cahier des charges l'UMUS fait spécifiquement allusion à ce type d'intervention (« Troubles de santé mentale ; violences domestiques »).

On est dès lors un peu surpris de constater que lors de la dernière période hivernale, l'UMUS n'a été sollicité qu'à 29 reprises par les différents abris PC. Compte tenu du large champ de compétence des équipes UMUS, on pourrait penser que l'appel à l'UMUS pourrait être plus fréquent.

Faut-il évoquer l'impossibilité pour l'équipe de piquet d'intervenir parfois en temps utile c'est-à-dire dans les une à deux heures suivant l'appel émanant d'un abri ? A ce propos, il faut se rappeler que certaines interventions UMUS peuvent durer plusieurs heures et par conséquent ne permettent pas de répondre toujours rapidement à un appel supplémentaire concomitant, provenant par exemple d'un abri (l'équipe de piquet étant dans une telle hypothèse déjà occupée). Faudrait-il aller jusqu'à envisager la délocalisation de l'UMUS et la situer à proximité immédiate de l'abri qui accueille les cas les plus graves ? Cette solution aurait le mérite de permettre, pendant les temps morts de l'équipe de piquet, d'être le cas échéant à disposition de l'abri PC.

Difficulté d'entrer en contact avec certain-e-s patient-e-s

En évitant délibérément de rentrer dans une nosographie psychiatrique savante, il me semble utile d'essayer de classer grossièrement en trois catégories les différents problèmes psychiatriques rencontrés dans les abris, tout en précisant d'emblée que ces dernières sont loin d'être imperméables.

1° Les troubles mentaux appartenant au spectre de la schizophrénie (ou troubles psychotiques)

Les troubles mentaux appartenant au spectre de la schizophrénie se caractérisent avant tout par une perte de contact avec la réalité. À nouveau très schématiquement, on peut les diviser en deux sous catégories : les troubles psychotiques qui se caractérisent par des symptômes dits positifs (idées délirantes, par exemple de persécution, hallucinations, bizarrerie majeure du comportement etc.), et ceux qui rassemblent plutôt des signes dits

négatifs (repli massif sur soi-même, pauvreté du langage, abrasement des affects, inhibition de la volonté et de l'agir, sociabilité très diminuée, etc.).¹⁷

Cette deuxième catégorie, caractérisée par des signes négatifs a, sur le long terme, un moins bon pronostic, même sous traitement neuroleptique ; de plus les personnes qui en souffrent sont très difficiles d'approche. L'expert soussigné n'a pas d'éléments statistiques qui permettent de dire quelle est la catégorie la plus représentée parmi les bénéficiaires des abris. Néanmoins, sur la base de quelques entretiens sur place avec ces derniers et ces dernières ainsi qu'aux dires des équipes, on peut penser qu'elles sont toutes deux bien représentées dans les abris.

2° Les troubles de l'humeur (ou troubles affectifs)

Dans notre cas, à nouveau aux dires des équipes, il s'agit plutôt de problèmes dépressifs graves, avec risque suicidaire à la clé. Il est facile d'imaginer que bon nombre de bénéficiaires, compte tenu de la situation particulièrement douloureuse et dévalorisante dans laquelle ils se trouvent, présentent de tels symptômes.

3° Les troubles majeurs de la personnalité

A nouveau, dans une approche extraordinairement schématisée, on peut parler de personnes qui présentent une sorte d'handicap caractériel, pouvant se manifester par exemple par des réactions affectives et émotionnelles inadéquates (de type borderline), ou alors par l'impossibilité de supporter la frustration, associé à un rejet global de toute norme, ou même de toute recommandation ou conseil (de type dyssocial). Ce profil de caractère conduit plutôt à des refus de suivre un règlement avec opposition parfois très vive, qui peuvent conduire l'équipe à mettre en dernier ressort la personne à la porte de l'abri.

Compte tenu de sa complexité et de sa spécificité, **l'ensemble de cette problématique relative aux troubles mentaux devrait trouver une réponse plutôt au niveau des services psychiatriques cantonaux**. A travers les différents entretiens conduits par l'expert, il est rapidement apparu que la situation genevoise méritait une réflexion globale et approfondie.

L'expert soussigné n'a nullement la prétention de l'épuiser et peut-être même d'en esquisser tous les contours, mais il va sans dire que les nombreux problèmes à coloration psychiatrique constatés dans les abris pourraient à l'avenir bénéficier d'une éventuelle restructuration des services psychiatriques mobilisables pour des interventions sur place. Un bref rappel des limites des structures actuellement à disposition en témoigne.

L'unité « Urgences psychiatriques », du Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de crise (SPLIC), intervient avant tout au sein des institutions hospitalières genevoises. Cette dernière serait actuellement en voie de réorganisation, et il ne semble pas exclu d'envisager

¹⁷ On peut aussi évoquer en passant le « syndrome de la précarité », auto-exclusion très proche de la schizophrénie déficitaire, décrit par Jean Furtos ; « De la précarité à l'auto-exclusion » ; 2009 ; Editions rue d'Ulm

qu'à l'avenir elle puisse également intervenir dans les abris PC, ce qu'on pourrait en tout cas déduire de son cahier des charges actuel : «Prévenir les hospitalisations psychiatriques de longue durée en offrant des interventions de crise, en aval du SU (Service des urgences) aux patient-e-s qui ne peuvent être immédiatement orienté-e-s vers un traitement ambulatoire ».

L' « Unité Mobile de Psychiatrie » est rattachée au secteur des Eaux-Vives du département de psychiatrie. Cette unité, contrairement à ce que pourrait laisser penser son rattachement sectoriel est compétente pour l'ensemble du canton. L'équipe se compose de quatre infirmiers et infirmières et d'un seul poste de médecin à 80%. Dans son cahier des charges, il est prévu que ses interventions s'adressent principalement aux personnes « souffrant de troubles psychiques sévères et persistants, réfractaires aux soins de suivi qui leur sont offerts et qui restent sans soins ou dont le suivi discontinu entraîne de fréquentes hospitalisations ou consultations en urgence ». On pourrait donc dès lors penser que cette structure puisse à l'avenir se déplacer de cas en cas dans les abris PC¹⁸. Il est toutefois facile d'imaginer, qu'à l'heure actuelle, les effectifs de cette unité ne lui permettent de couvrir que partiellement l'ensemble des besoins du canton. Dans ces conditions, il est difficile d'envisager, pour l'instant en tout cas, que des membres de cette unité puissent intervenir dans les abris PC, a fortiori pour des problèmes nécessitant une intervention rapide.

Enfin, il faut rappeler que tout appel à un psychiatre privé est très difficilement envisageable dans la mesure où les bénéficiaires ne sont pas couvert-e-s par la LAMal.

Une des solutions évoquée à plusieurs reprises pourrait être d'épauler l'abri qui rassemble le plus de patient-e-s souffrant de troubles mentaux par la présence quasi permanente d'un infirmier ou d'une infirmière en psychiatrie. Toutefois, cette proposition qui a pourtant le mérite de la logique présenterait, de l'avis même de plusieurs spécialistes consulté-e-s, des inconvénients majeurs.

1° La complexité et la spécificité des différentes situations et diagnostics rencontrés dans un contexte bien précis de précarité et d'exclusion, fait appel à de très grandes compétences qu'il n'est pas évident de trouver rassemblées chez une seule et même personne. De plus, on pourrait craindre un rapide épuisement de sa part.

2° Comme on l'a vu plus haut, les personnes qui souffrent de troubles psychotiques, notamment lorsque les symptômes prédominants sont de type négatif, sont extraordinairement difficiles à approcher. On peut s'imaginer dès lors que, si à l'avenir il était de notoriété publique qu'un-e « psy » se trouvait en permanence dans l'un de ces abris, ces patient-e-s ne s'y rendraient plus ! Alors que pour bon nombre de ces bénéficiaires, l'unique contact avec une structure de soins, l'unique accrochage possible, se font justement au niveau de l'abri PC.

Par ailleurs, il n'est pas non plus possible de faire abstraction de la législation en vigueur qui ne permet pas d'imposer un traitement ni même une consultation psychiatrique à une personne qui ne présente pas de risque grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, quelle que puisse être sa pathologie psychiatrique. Donc, dans de tels cas, seule une approche extrêmement feutrée, diplomatique, décidée de cas en cas, a des chances de réussir.

¹⁸ A noter qu'actuellement certain-e-s patient-e-s provenant des abris PC seraient signalé-e-s par les Clubs sociaux, puis accompagné-e-s lorsque c'est possible jusqu'aux CAPPI (Centres Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrés) des différents secteurs.

Dans ce registre, il nous semble intéressant de s'inspirer du modèle de l'Unité de psychiatrie mobile ou SIM (« Suivi intensif dans le milieu »), rattaché-e à la Section de psychiatrie sociale de la Ville de Lausanne. Le SIM qui se compose de trois médecins psychiatres et d'une équipe d'infirmières se déplace de cas en cas y compris dans les structures d'hébergement pour SDF, uniquement à la demande d'un tiers (médecin traitant, proches, dans notre cas responsable de la structure). L'entretien se fait en présence du demandeur et vise prioritairement à essayer d'établir un tout premier contact avec le/la malade.

Recommandations :

- 1) Envisager avec les autorités sanitaires cantonales la possibilité de couvrir les besoins en psychiatrie des abris PC par le biais d'une réorganisation des structures psychiatriques genevoises à disposition.**
- 2) Augmenter sensiblement la fréquence des séances de supervision rassemblant les équipes PC.**

VIII. CONCLUSIONS

Avant d'en arriver à une synthèse conclusive, il nous semble difficile de ne pas évoquer en parallèle la situation des abris PC du canton de Genève qui accueillent aujourd'hui les requérant-e-s d'asile. Leurs conditions matérielles sont bien entendu quasiment superposables à celles des abris PC utilisés pour les SDF.

Il existe toutefois quelques différences notables. Malgré des trajectoires préalables parfois longues et très éprouvantes, la très grande majorité des personnes qui y sont hébergées ont gardé la capacité de s'occuper personnellement de leurs affaires. Physiquement valides, elles peuvent donc se rendre sans trop de difficultés dans les structures de soins prévues à leur attention. Les équipes infirmières du programme « Santé Migrants » ont du reste renoncé à se rendre sur place dans les abris, en raison des mauvaises conditions de consultation (notamment l'absence d'intimité).

De plus, toutes ces personnes en quête d'un statut de requérant-e-s d'asile sont automatiquement affiliées à la LAMal selon la législation actuelle en vigueur. Dans ces conditions, il est donc possible de faire appel de cas en cas à des structures privées (par exemple SOS médecins) susceptibles d'intervenir rapidement. De même, lorsque l'appel au 144 donne lieu à un déplacement d'ambulance, le problème du remboursement des frais ne se pose pas non plus.

Les personnes qui trouvent refuge en hiver dans les abris de la protection civile sont souvent dans une situation plus dramatique encore. Dès lors, la propension bien compréhensible des équipes qui y travaillent, confrontées tous les jours à tant de misère, est de s'engager corps et âme pour essayer de sortir « leurs » bénéficiaires de la situation dramatique dans laquelle ils/elles se trouvent. Malheureusement, les résultats d'une telle prise en charge, quel que puissent être sa qualité et son caractère professionnel, restent décevants sur le long terme.

Toute la difficulté consiste à accepter des résultats plus modestes, qui s'apparentent plus à un simple accompagnement bienveillant, tout particulièrement dans les situations psychiatriques évoquées plus haut, dont le pronostic à long terme reste sombre. Ceci d'autant plus que les abris PC sont des lieux peu propices pour envisager tout traitement psychiatrique à proprement parler, encore moins pour espérer « guérir » ces bénéficiaires. Paradoxalement une trop grande médicalisation, a fortiori psychiatrisation des abris PC, pourrait avoir des effets contraires, comme on l'a vu plus haut.

La personne¹⁹ qui, avec beaucoup de compétence prend en charge depuis plusieurs années la supervision des équipes, insiste avec raison sur les limites d'un tel l'exercice. Le but de ses interventions consiste à bien identifier le cadre et le but de la mission et partant d'accepter de renoncer de cas en cas à une « bienfaisance toute puissante ».

Il va sans dire qu'une telle attitude peut être très difficile à accepter pour certains membres des équipes. Compte tenu du travail remarquable effectué, il semble raisonnable de les soutenir au mieux. Dans ces conditions, l'augmentation de la fréquence des séances de supervision, de même que le renforcement de la formation « clinique » de base qui a lieu en début de saison, sont indiqués.

¹⁹ Madame Pascale Rudaz Ott, psychologue ; les équipes semblaient unanimement apprécier à sa juste valeur ces échanges qui leur étaient offerts une fois par mois.

Enfin, la question évoquée, à plusieurs reprises, de la création d'une structure susceptible d'accueillir toute l'année les personnes qui présentent aujourd'hui un très grave handicap psychique et/ou physique reste entière²⁰. Il est facile de comprendre que ces bénéficiaires qui ont pu « être accroché-e-s » à travers l'hébergement hivernal et quelque peu requinqué-e-s/stabilisé-e-s, réapparaissent (si elles et ils sont encore en vie !) dans les abris au retour de la mauvaise saison. Dans un tel cas, il est tout aussi facile d'imaginer que leur état général s'est à nouveau nettement péjoré, faute d'un quelconque encadrement.

La conceptualisation d'une telle structure, aussi bien en ce qui concerne son emplacement, que son fonctionnement et sa finalité, reste entière.

EPILOGUE

Que le ciel

me donne la sérénité d'accepter les choses que je ne peux pas changer,

le courage de changer ce qui peut l'être,

et la sagesse d'en bien connaître la différence

(attribué à l'empereur Marc Aurèle)

JPR/23.08.2016

²⁰ En l'absence de critères précis, il est difficile d'évaluer le nombre de personnes concernées. Les chiffres varient de 20 à 50 personnes selon les différents interlocuteurs rencontrés.

VIII. ANNEXES

- **Liste des personnes consultées**
- **Bilan 2015-2016**
- **Annonces de recrutement pour le personnel des abris
PC**

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

Par ordre alphabétique

L'expert tient à remercier sincèrement l'ensemble des personnes qui lui ont accordé un peu de leur précieux temps. Remerciements tout particuliers à Mme Murièle Lasserre et à M. Philipp Schroft qui ont bien voulu corriger en dernière lecture les erreurs factuelles de ce rapport.

1. M. Alain Barbosa, responsable de la filière travail social, Haute Ecole du Travail Social (HETS-GE)
2. Prof. Monica Battaglini, Haute Ecole du Travail Social (HETS-GE)
3. Mme Eliane Belser, responsable de l'aide sociale d'urgence, Service Social, Lausanne
4. Prof. Jacques Besson, responsable du service de psychiatrie communautaire du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
5. Prof. Patrick Bodenmann, médecin responsable du Centre des Populations Vulnérables (CTV), Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
6. Prof. Guido Bondolfi, responsable de la psychiatrie de liaison, Département de santé mentale et de psychiatrie, Genève
7. M. Pierre Bruckmann, directeur des structures intermédiaires et prestations centralisées, Institution genevoise de maintien à domicile (imad), Genève
8. M. Christophe Cloarec, responsable de l'Équipe Mobile d'urgences Sociales (EMUS), Lausanne
9. Dr Alessandra Costanza ; psychiatre, cheffe de clinique, responsable des urgences psychiatriques, Département de santé mentale et de psychiatrie, Genève
10. Mme Véronique Delley, collaboratrice scientifique, secteur Promotion et prévention de la santé, Service du médecin cantonal, Genève

11. Dr Sophie Durieux, médecin adjointe, responsable du programme Santé Migrants, Genève
12. Mme Katia Grange responsable de l'équipe Unité mobile d'urgences sociales (UMUS), Genève
13. M. Gilles Hourton, infirmier responsable de la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO), Genève
14. Dr Yves Jackson, médecin répondant de la CAMSCO, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Genève
15. Prof. Jean-Paul Janssens, responsable de l'Unité de pneumologie ambulatoire et du centre antituberculeux
16. M. Jean-Daniel Jimenez, responsable de la formation pratique, Haute Ecole du Travail Social (HETS-GE)
17. Dr Larribau, responsable de la centrale d'urgences 144, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Genève
18. Mme Murièle Lasserre, adjointe de direction, Service social, Ville de Genève
19. Dr Dario Mariatti, psychiatre, chef de clinique responsable de l'unité mobile de psychiatrie, secteur Eaux Vives, Département de santé mentale et de psychiatrie, Genève
20. Dr Stéphane Morandi, médecin associé, responsable du Sim, Section de psychiatrie sociale, Unité de psychiatrie mobile, Lausanne
21. Mme Pascale Rudaz Ott, psychologue ; chargée de la supervision des équipes intervenant dans les abris PC, Genève
22. Mme Valérie Spagna, responsable du dispositif d'hébergement hivernal et du suivi des plus vulnérables, Service social, Ville de Genève
23. M. Philipp Schroft, chef de service, Service social, Ville de Genève

24. Dr Régis Marion Veyron, psychiatre, médecin associé, responsable de l'unité de psychiatrie de liaison à la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU), Lausanne
25. Mme Agnès Wahli, directrice de l'accueil de nuit à l'Armée du salut, Genève

JPR / 23.08.2016

DISPOSITIF D'URGENCE HIVERNAL SAISON 2015-2016

Les actions de jour (accueil, repas, douche, lien, repérage et orientation sociale, évaluation sociale, accompagnement individualisé)

Les actions de nuit (accueil, repas, douche, lien social, repérage et orientation sociale)

7 jours sur 7 - 24 heures sur 24

du 2 novembre 2015 au 13 avril 2016

Collaborations et partenariats

Sécurité – solidarité

- Polices cantonale et municipale, sécurité privée, voisinage, SIS

Réseau social

- Care, Bateau Genève, Partage, Carrefour, Hospice général, SPAd

Réseau des mineurs

- DIP, SPMI, FAS'e, SDPE, Espace parents enfants, Armée du Salut

Santé – réduction des risques, prévention

- 144, UMUS, HUG (CAMSCO, CAAP Arve, CAT, équipe mobile de psychiatrie de l'adulte...), Association Première ligne

| Chiffres au 30 mars 2016 | |
|--------------------------|----------------------------------|
| Police | 109 |
| Police code vert | 18 |
| Police code rouge | 3 (5 de moins que l'an dernier) |
| Appel 144 | 75 |
| Intervention 144 | 46, dont 30 départs en ambulance |
| Intervention UMUS | 29 |

STATISTIQUES ANNUELLES



| Période du 2 novembre 2015 au 30 mars 2016 | | | |
|---|---------------|--------------|---------------|
| | Nuitées | Personnes | % |
| Nbre Hommes | 15'524 | 935 | 85.70 |
| Nbre Femmes | 4'323 | 156 | 14.30 |
| sous total | 19'847 | 1091 | 100 |
| A RAJOUTER : 616 NUITÉES (du 30 mars au 13 avril 2016 => 14 j. x 44 pers.) | 616 | | |
| TOTAL | 20'463 | 1'091 | 100.00 |
| Moyenne de personnes chaque soir | 147 | | |
| Durée moyenne du séjour | 18 | | |

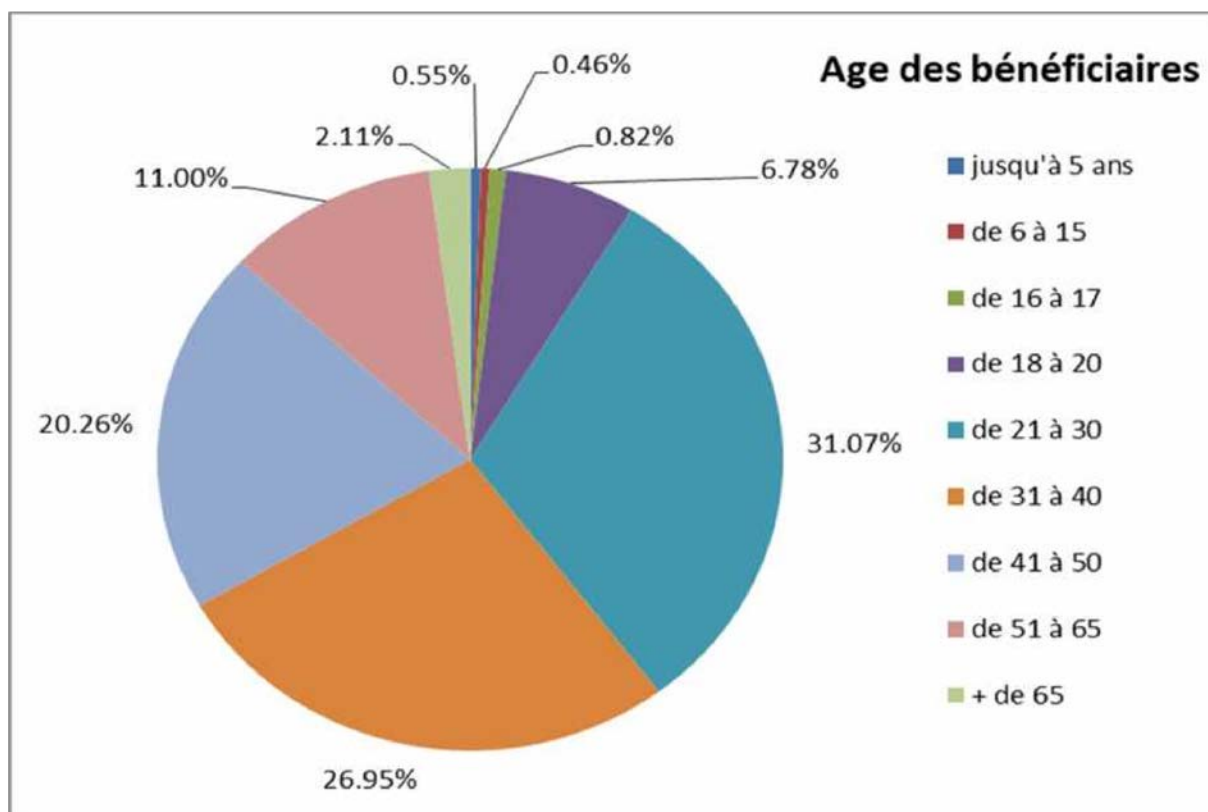
Moyenne de nuitées effectuées

- 1/5 de femmes
- Nécessité de réguler les entrées et les sorties
- Garder des places pour les primo-arrivant-e-s
- Composer avec les dortoirs à disposition

| Nbre de nuits de présences dans les abris | Hommes Pâquis-Centre | Hommes Vollandes | Femmes Vollandes | Totaux | % |
|---|----------------------|------------------|------------------|-------------|---------------|
| 1 à 3 nuits | 295 | 81 | 26 | 402 | 36.85 |
| 4 à 18 nuits | 222 | 23 | 32 | 277 | 25.39 |
| 19 à 30 nuits | 145 | 12 | 25 | 182 | 16.68 |
| + de 30 nuits | 100 | 33 | 30 | 163 | 14.94 |
| + de 60 nuits | 1 | 18 | 11 | 30 | 2.75 |
| + 90 nuits | 0 | 28 | 9 | 37 | 3.39 |
| Totaux | 763 | 195 | 133 | 1091 | 100.00 |

| Période du 2 novembre 2015 au 30 mars 2016 (Vollandes) | | | |
|--|---------------|------------|---------------|
| | Nuitées | Personnes | % |
| Nbre Hommes | 7'022 | 209 | 57.42 |
| Nbre Femmes | 4'297 | 155 | 42.58 |
| Total | 11'319 | 364 | 100.00 |
| Moyenne de personnes chaque soir | 84 | | |
| Durée moyenne du séjour | 31 | | |

| Période du 15 novembre 2015 au 30 mars 2016 (Pâquis-Centre) | | | |
|---|--------------|------------|---------------|
| | Nuitées | Personnes | % |
| Nbre Hommes | | 727 | 100.00 |
| Total | 8'528 | 727 | 100.00 |
| Moyenne de personnes chaque soir | 63 | | |
| Durée moyenne d | 12 | | |



Armée du salut et abri PC de Richemont

| Chiffres globaux au 30.3.2016 (SSVG + Richemont) | | | | |
|---|------------|------------|-------------|--------------|
| Âge | Hommes | Femmes | Total | % |
| 2015-2016 | | | | |
| jusqu'à 5 ans | 18 | 7 | 25 | 2.10 |
| de 6 à 15 | 14 | 7 | 21 | 1.76 |
| de 16 à 17 | 20 | 5 | 25 | 2.10 |
| de 18 à 20 | 63 | 15 | 78 | 6.54 |
| de 21 à 30 | 312 | 45 | 357 | 29.95 |
| de 31 à 40 | 266 | 42 | 308 | 25.84 |
| de 41 à 50 | 189 | 42 | 231 | 19.38 |
| de 51 à 65 | 98 | 26 | 124 | 10.40 |
| + de 65 | 17 | 6 | 23 | 1.93 |
| Total | 997 | 195 | 1192 | 100.0 |

ANNONCES DE RECRUTEMENT

A

OFFRES D'EMPLOIS DE LA VILLE DE GENEVE

Une des missions du secteur exclusion du **Service social de la Ville de Genève** est d'offrir un hébergement d'urgence d'hiver aux plus démunis. Ainsi, deux abris de la protection civile ouvrent leurs portes chaque année, de mi-novembre à fin mars afin d'offrir une soupe chaude, des sanitaires et un lit.

Pour garantir cet accueil, le Service social cherche des

AIDES EDUCATEURS-TRICES TEMPORAIRES

Entrée en fonction : 21 octobre 2015 (pour une durée d'environ 6 mois)

Taux d'activité : entre 70 et 80% (salaire à l'heure)

Délai d'inscription : 26 août 2015

Rattachement : Service social

Votre mission et vos responsabilités

Vous vous investirez durant 6 mois environ, avec une quinzaine d'autres collaborateurs-trices, dans la gestion d'un dispositif d'accueil d'urgence; chaque soir, vous offrirez aux nombreuses personnes présentes, un accueil, et vous participerez au maintien de la sécurité du lieu et de chacun. Vous serez garant de l'ensemble des prestations (enregistrement informatisé, service du repas, gestion des douches et du vestiaire, veille active) et participerez à la création d'une dynamique d'équipe cohérente ; conscient de l'ampleur du dispositif, vous travaillerez en bonne intelligence avec l'ensemble des partenaires impliqués et contribuerez au maintien des rapports de bon voisinage.

Votre profil

Vous avez envie de vous engager pour une mission du service public, à laquelle participent de nombreuses associations. Avoir de l'expérience dans des activités professionnelles de service où la relation à l'autre est primordiale, être capable d'empathie, savoir faire preuve d'autorité, être soucieux du cadre et de la cohérence d'équipe, être capable de gérer des situations d'urgence et avoir une grande capacité

d'adaptation au changement, accepter des horaires de nuit irréguliers. Etre doté de bon sens et d'initiative. Avoir un permis de conduire.

Conditions et procédure d'inscription

Les candidat-e-s sont prié-e-s de faire parvenir un curriculum vitae, accompagné d'une lettre de motivation, des copies de diplômes, des certificats de travail à l'adresse mail recrutement.soc@ville-ge.ch. Les candidat-e-s ne disposant pas d'un curriculum vitae peuvent utiliser le formulaire de « demande d'emploi ». Ce formulaire et le plan de la zone de domiciliation autorisée peuvent être téléchargés sur Internet à l'adresse www.ville-geneve.ch.

Echelle de traitement

La fonction est classée dans les limites des catégories G de l'échelle des traitements.

Envoi du dossier de candidature

Par courriel à recrutement.soc@ville-ge.ch

B

A l'attention des étudiant-e-s HETS

Genève, le 11 août 2015

Objet **Recrutement de veilleurs-euses et collaborateurs-trices logistiques pour le dispositif d'hébergement d'urgence du Service social de la Ville de Genève**

ML/ag

Cher-e-s étudiant-e-s,

Une des missions du secteur lutte contre l'exclusion du Service social de la Ville de Genève est d'offrir un hébergement d'urgence d'hiver aux plus démunis. Ainsi, deux abris de la protection civile (PC) ouvrent leurs portes chaque année à la mi-novembre afin d'offrir une soupe chaude, des sanitaires et un lit.

Pour garantir cet accueil, à l'abri des Vollandes et à celui de Richemont, le Service social recherche :

Affaire traitée par
Murièle Lasserre
☎ 022 418 07 25
murièle.lasserre@ville-ge.ch

- **16 veilleurs-euses** étudiant-e-s Hets de **1^{ère} année**, pouvant assurer des veilles actives du 15 novembre 2015 au 30 mars (Vollandes) ou au 13 avril 2016 (Richemont).
Ces veilles, en moyenne 1 à 2 par semaine, commencent à 1h00 et se terminent à 8h00 du matin.
- **14 collaborateurs-trices**, étudiant-e-s Hets de **3^{ème} année**, pouvant assurer la logistique (consignes, tournées nocturnes, etc.) du 15 novembre 2015 au 25 janvier 2016, au matin, pour Vollandes et Richemont.
- **14 collaborateurs-trices**, étudiant-e-s Hets de **2^{ème} année**, pouvant assurer la logistique (consignes, tournées nocturnes, etc.) du 25 janvier au 30 mars (Vollandes) ou au 13 avril 2016 (Richemont), au matin.

Les horaires pour la logistique sont les suivants :

Vollandes : matinée de 6h30 à 9h00 – (dimanche de 7h30 à 10h00)
soirée de 18h30 à 22h00 ou 01h00

Richemont : matinée de 6h00 à 09h00 – (dimanche de 7h00 à 10h00)
soirée de 17h00 à 22h00

Le 17 septembre 2015, à la Haute école de travail social de Genève, de 8h45 à 9h15, pour les élèves de 1^{ère} année, et de 12h45 à 13h15, pour les élèves de 2^{ème} et 3^{ème} année, Madame Valérie Spagna, responsable du dispositif d'hébergement d'urgence, viendra faire une présentation complète des postes et des cahiers des charges. Une liste des documents à fournir sera à disposition. Toutes vos questions pourront être posées le jour même.

Les candidatures (CV, lettre de motivation, copies des diplômes et certificats) seront à envoyer **au plus tard le 28 septembre 2015**, par mail uniquement, à l'adresse recrutement.soc@ville-ge.ch, en précisant le poste pour lequel vous êtes intéressé- e (veilleur-euse, collaborateur-trice logistique) et, pour ces derniers, la période qui correspond à votre année d'étude.

Le recrutement pour ces postes se fera uniquement sur dossier.

En vous remerciant d'avance de l'intérêt que vous portez au dispositif d'hébergement d'urgence de la Ville de Genève, je vous prie d'agréer, cher-e-s étudiant-e-s, mes meilleures salutations.

Murièle LASSERRE
Adjointe de direction