

*Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre,
chargé de l'action humanitaire d'urgence*

**RAPPORT SUR LA MISE EN OEUVRE
OU DISPOSITIF HIVERNAL D'ACCUEIL
ET D'HEBERGEMENT D'URGENCE**

par

Michel THIERRY

Inspecteur général des Affaires sociales

- Avril 1996 -

- Introduction	p. 1
- CHAPITRE I	p. 2

LE CONSTAT : LA DIVERSIFICATION DES RÉPONSES À L'URGENCE

1 - L'offre de places d'accueil d'urgence n'a jamais été saturée dans l'ensemble des départements visités. p. 3

2 - La qualité de la prise en charge doit être encore améliorée, et adaptée à de nouveaux besoins. p. 5

2.1 Quelques progrès très concrets.

2.2 Les réponses fournies restent encore inadaptées à certaines catégories d'usagers.

2.3 La persistance de comportements d'"écrémage" peut renforcer certains processus d'exclusion de fait.

2.4 L'absence de liaison avec les secteurs psychiatriques est pratiquement totale.

2.5 Les conditions matérielles de l'accueil sont inégalement conviviales.

2.6 La qualification des personnels n'est pas suffisamment développée.

3 - Les articulations entre urgence et processus d'insertion méritent d'être renforcées. p. 10

3.1 La couverture sanitaire.

3.2 L'accès au logement durable.

3.3 La raréfaction des contrats emploi-solidarité (CES).

4 - Le point majeur du constat est la diversification des réponses à l'urgence. p. 15

4.1 Le développement de l'accueil de jour.

4.2 La multiplication des dispositifs mobiles.

4.3 L'extension de la prise en charge médico-sociale.

5 - La coordination avance. p. 18

- 5.1 Une coordination inter-institutionnelle en progrès.
- 5.2 L'investissement dans l'urgence de bons généralistes de l'insertion et le développement d'opérateurs multi-fonctions.
- 5.3 La présence des DDASS et la bonne articulation DDASS/DDE.

- CHAPITRE II p. 25

POUR UNE ETHIQUE DE L'URGENCE.

1 - Renforcer l'obligation d'accueil. p. 26

- 1.1. Enraciner dans la loi l'obligation d'accueil.
- 1.2 Elaborer une charte de l'accueil d'urgence.
- 1.3 Clarifier les ambiguïtés de l'accueil des étrangers en situation irrégulière.
- 1.4 Apprivoiser les "irréductibles".

2 - Instituer une organisation départementale de l'urgence. p. 31

3 - Améliorer la qualité de l'accueil et son adaptation aux besoins p. 34

- 3.1 La rénovation des locaux.
- 3.2 La prise en charge des troubles psychologiques.
- 3.3. La qualification des personnels.

4 - Mettre un terme à la précarité du dispositif. p. 39

- 4.1 Pérenniser ce qui doit l'être.
- 4.2 Assurer une meilleure sécurité de gestion et de financement aux partenaires du programme de lutte contre la précarité et d'accueil des sans-abri.
- 4.3 Renforcer les moyens du suivi central.

- CHAPITRE III p. 44

DE L'URGENCE À L'INSERTION.

1 - Le droit à la couverture santé. p. 45

1.1 L'ouverture du système de soins : développer les acquis.

1.2 Assurer l'effectivité du droit à la protection sociale.

2 - L'accès au logement. p. 47

2.1 La prévention des expulsions.

2.2 La recherche des "Sorties-logement".

2.3 La mobilisation des FSL sur l'accompagnement social

2.4 Favoriser l'émergence d'opérateurs très sociaux.

3 - L'accès à la vie active des jeunes en très grande difficulté. p. 51

- Conclusion p. 53

- Lettre de mission

- Liste des propositions

INTRODUCTION

Par lettre du 24 novembre, Monsieur Xavier EMMANUELLI, secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, me confiait la mission de suivre et d'évaluer la mise en oeuvre du dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence pour l'hiver 1995-1996.

Mission d'appui, de suivi : ceci m'a conduit à me déplacer dans vingt-quatre départements, appartenant à neuf régions :

- Ile-de-France (8 départements visités),
- Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Bouches-du-Rhône),
- Champagne-Ardenne (Aube, Marne, Haute-Marne),
- Basse-Normandie (Calvados, Manche),
- Haute-Normandie (Seine-Maritime, Eure),
- Nord-Pas-de-Calais (les deux départements),
- Auvergne (Puy-de-Dôme, Cantal),
- Aquitaine (Gironde, Pyrénées-Atlantiques),
- Midi-Pyrénées (Haute-Garonne, Tarn).

Ces vingt-quatre départements consomment environ les 2/3 des crédits pauvreté-précarité du ministère des affaires sociales. S'y ajoutent d'autres départements qui n'ont pas été visités, mais qui ont pu s'exprimer, en tout cas sur un mode administratif, lors de réunions des DDASS tenues dans les DRASS.

L'extrême diversité des situations rencontrées, des initiatives présentées dans près de 150 structures, rend la synthèse difficile pour un missionnaire solitaire. Il se dégage cependant quelques lignes de constat (chapitre I), positives en ce qui concerne l'adaptation quantitative du dispositif et la diversification des réponses apportées, moins heureuses en ce qui concerne la qualité de la prise en charge (conditions d'accueil inégales et incapacité à faire face aux troubles psychologiques et au malaise des accueillis).

La coordination progresse, et c'est certainement un facteur favorable aux améliorations qualitatives à apporter et à la poursuite du processus de diversification des réponses, à la rencontre des exclus.

Mission d'analyse : à la lumière des observations de terrain, et de la connaissance de générations successives du programme, elle débouche sur des propositions, organisées en deux chapitres :

- chapitre II : Pour une éthique de l'urgence
- chapitre III : De l'urgence à l'insertion

CHAPITRE I

LE CONSTAT : LA DIVERSIFICATION DES RÉPONSES À L'URGENCE

Pouvant offrir jusqu'à 15 000 places mises en service -soit un peu plus du double mis en service il y a 5 ans, en 1991-1992-, sans compter les 10 000 places de logement d'extrême urgence, le système d'hébergement d'urgence apparaît quantitativement suffisant.

Il souffre cependant d'inadaptations qualitatives ou de lacunes dans la prise en charge, dont la plus préoccupante est sans doute la difficulté de faire face aux troubles psychologiques des accueillis et à une certaine montée de phénomènes de tension. Par ailleurs, les liaisons entre accueil d'urgence et insertion restent encore trop incertaines.

Le point le plus remarquable est la diversification des réponses, hors hébergement. Les orientations nouvelles ou les accents nouveaux mis par la circulaire du 11 octobre 1995 sont largement pris en compte sur le terrain, dans un cadre marqué par une dynamique de coordination de plus en plus affirmée.

1/ L'OFFRE DE PLACES D'ACCUEIL D'URGENCE N'A JAMAIS ÉTÉ SATURÉE, DANS L'ENSEMBLE DES DÉPARTEMENTS VISITÉS.

En augmentation de 15 à 50 % par rapport à l'hiver précédent, selon les départements visités, l'offre apparaît globalement suffisante, sous réserve de quelques tensions locales à l'échelon infra-départemental.

La situation en Ile-de-France, qui regroupe un bon tiers des capacités d'hébergement financées sur les plans Pauvreté-Précarité, et qui focalise l'attention des médias et du public, paraît peu tendue. Le tableau suivant rend compte des taux d'occupation au 15 décembre, 15 janvier, 15 février, 15 mars, 15 avril (ou à la date la plus proche de communication des informations à la DRASS). Les deux premières colonnes expriment la capacité maximale au 15 mars et les lits mis en service à la même date.

DISPOSITIF HIVERNAL D'HÉBERGEMENT D'URGENCE
TAUX D'OCCUPATION EN ILE-DE-FRANCE

Source : données DRASSIF

Département	Capacité maximale au 15/03/96	Lists mis en service au 15/03/96	Taux d'occupation au 15/12/95	Taux au 15/01/96	Taux au 15/02/96	Taux au 15/03/96	Taux moyen sur cinq échéances
75	2 900	2 745	85 %	85 %	87 %	89 %	82 %
77	253	242	79 %	87 %	86 %	81 %	86 %
78	248	242	85 %	88 %	91 %	96 %	88 %
91	210	210	66 %	86 %	94 %	86 %	24 %
92	379	379	49 %	47 %	45 %	53 %	49 %
93	348	334	77 %	89 %	90 %	90 %	92 %
94	337	327	68 %	70 %	79 %	89 %	85 %
95	377	372	95 %	95 %	93 %	91 %	89 %
Total Ile-de-France	5 052	4 851	80%	82 %	84 %	86 %	79 %
							82 %

(*) Le chiffre avril 1996 pour l'Essonne paraît aberrant. Les données Hauts-de-Seine sont affectées d'un biais constant à compter aussi dans la capacité mise en service, et non pas simplement dans la capacité maximale, 118 chambres d'hôtel conventionnées mais peu mobilisées (mais naturellement financées uniquement lorsqu'elles sont occupées).

Si l'on élimine, pour des raisons tenant à des biais statistiques, les données afférentes à l'Essonne et aux Hauts-de-Seine, le taux moyen d'occupation en Ile-de-France s'élevait à 86 % à la mi-décembre, 85 % à la mi-janvier, 88 % à la mi-février, 89 % à la mi-mars, 84 % à la mi-avril, soit une moyenne de 86 % sur ces échéances.

Les instantanés collectés dans les départements hors Ile-de-France, à l'occasion des visites effectuées, entre le 6 décembre 1995 et le 15 mars 1996, se situent dans une fourchette de 80 à 97 %, le plus fréquemment autour de 90 %.

Deux remarques complémentaires peuvent être faites :

- le taux d'occupation est généralement un peu plus faible dans les départements dans lesquels le poids de grandes structures collectives est plus lourd (exemples de Paris et du Val-de-Marne en Ile-de-France) ;

- la décélération de mars à avril est limitée, ce qui ne plaide pas pour une date couperet au 15 avril.

2/ LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DOIT ÊTRE ENCORE AMÉLIORÉE ET ADAPTÉE À DE NOUVEAUX BESOINS.

La prise en charge s'est améliorée sur des points sensibles, notamment en matière d'accompagnement social ou de suivi médico-social. Mais elle comporte encore des lacunes, dont la plus grave est le traitement des troubles psychiques ou psychologiques des accueillis.

2.1 QUELQUES PROGRÈS TRÈS CONCRETS.

- La majorité des foyers visités comportent une permanence médicale ou infirmière, au moins deux fois par semaine, voire quotidienne.

- La très grande majorité des foyers visités proposent aux résidents la possibilité d'un entretien social dans les quelques jours suivant leur première inscription.

- Pour les accueils exclusivement nocturnes, les horaires se sont notamment assouplis : l'heure de départ le matin se situe entre 8 et 10 heures, progrès non négligeable par rapport à des habitudes pas si anciennes où les accueils de nuit devaient se vider entre 6 h 30 et 7 h 30. Sur de nombreux sites aujourd'hui, le relais est organisé avec l'ouverture d'un accueil de jour proche.

2.2 LES RÉPONSES FOURNIES RESTENT ENCORE INADAPTÉES À CERTAINES CATÉGORIES D'USAGERS.

L'accueil des familles n'est pas signalé, par les partenaires de l'accueil d'urgence, comme le problème le plus criant, probablement parce que des éléments de réponse s'ébauchent, grâce essentiellement à l'aide au logement temporaire, notamment dans des logements d'urgence mis en oeuvre dans le cadre des Plans de CHARETTE et PÉRISSOL, grâce aussi à la création d'hôtels sociaux ouverts aux familles ou à l'attribution de nuits d'hôtels. Sur ces sites, le problème de l'accueil des familles s'est largement déplacé de l'urgence vers l'accueil durable et l'insertion dans le logement.

En revanche, des difficultés très spécifiques touchant l'urgence émergent fortement pour les jeunes en grande difficulté, et pour les personnes, de plus en plus nombreuses, souffrant de troubles psychologiques ou d'une pathologie psychiatrique :

. "Les caractériels" et les "psychiatriques", pour reprendre les appellations les plus couramment utilisées par les intervenants de terrain, et qui regroupent des situations différentes, celle des **malades présentants des trouble avérés** et ayant subi des hospitalisations psychiatriques, celle des **personnes très dépressives**, passant par des phases alternées de prostration et de violence, ayant abandonné tout souci d'hygiène corporelle, et toute une série de situations intermédiaires corrélées ou non à l'alcoolisme.

La croissance forte de ce type de population, la relative exclusion dont elle fait encore l'objet de la part de nombre de CHRS, aboutissent à une forte concentration dans les structures d'urgence, de plus en plus désarmées (très faible encadrement permanent, inexistence des qualifications requises). Sur l'ensemble des sites visités, c'est le problème principalement mis en avant par les responsables de terrain.

. **Les jeunes sortants de prison**, ayant connu des incarcérations répétées : 150 à 200 jeunes sur l'agglomération marseillaise d'après une estimation d'une association habilitée Justice, le S.P.E.S. ; sur les 700 jeunes sans domicile fixe accueillis sur Lille par l'ABEJ en 1994, 20 % ont un passé carcéral (11 mois de prison en moyenne).

. **Les jeunes toxicomanes dépendants.** Cette catégorie est fortement à corrélér aux deux précédentes (personnes présentant des troubles psychologiques et jeunes sortants de prison) ; elle pose particulièrement problème dans le Nord où l'essor des marchés des drogues dans la période récente a été beaucoup plus rapide que le développement de réponses adaptées. 33 % des jeunes fréquentant l'accueil de jour de l'ABEJ à Lille sont des toxicomanes avérés.

2.3 LA PERSISTANCE DE COMPORTEMENTS D'"ÉCRÉMAGE" PEUT RENFORCER CERTAINS PROCESSUS D'EXCLUSION DE FAIT.

L'"écrémage", c'est-à-dire la sélectivité à l'entrée, touche essentiellement les alcooliques, les toxicomanes, les personnes présentant de sérieux troubles de comportement, les étrangers en situation irrégulière.

L'écrémage peut résulter de dispositions discriminatoires des règlements intérieurs -nombreux sont les règlements qui proscrivent l'admission en état d'ébriété-, ou de pratiques traduisant une insécurité croissante des équipes.

Les situations sont cependant très hétérogènes : les grandes structures collectives accueillent plus largement des alcooliques, lorsqu'ils ne sont pas en état de crise éthylique, que de petites unités. Des toxicomanes dépendants en revanche trouveront plus facilement leur place dans des lieux de vie de petite capacité, à dose très homéopathique ; dans l'ensemble, cependant, ils fréquentent moins les lieux d'hébergement que les accueils de jour.

Le "small is beautiful" peut avoir ses inconvénients en matière d'écrémage : ce sont parfois de petites unités au fonctionnement très communautaire qui peuvent être les plus sélectives, soit directement, soit indirectement par une tendance à l'allongement des durées de séjour, qui limite la disponibilité à l'urgence. Dans les Hauts-de-Seine, certaines des unités locales d'hébergement créées par les communes n'ont de ce fait plus suffisamment de disponibilités pour des accueils en urgence proposés par le SAMU social, les places réservées par le SAMU se trouvant embolisées pour de longues périodes.

Certains règlements intérieurs exigent encore des SDF la fourniture de papiers d'identité à l'entrée ou, à défaut, proposent à l'entrant un "entretien pour régularisation" le lendemain ou le surlendemain (Foyer Saint-Jean de Dieu à Marseille).

Ce type de pratique peut contribuer au rejet de nombreux étrangers en situation irrégulière. Il semble qu'ils aient moins fréquenté les dispositifs d'accueil que les années précédentes, du fait de la mise en oeuvre du plan "Vigie-Pirate", ce qui a sans doute contribué à une plus grande fluidité du dispositif. Ils font l'objet d'un traitement de plus en plus schizophrénique de la part des CHRS ou du dispositif d'accueil d'urgence : l'accueil limité à une ou quelques nuitées est la solution la plus fréquemment pratiquée. L'embarras des structures sociales répond au paradoxe d'une situation où l'accueil d'urgence constitue un devoir mais où il n'y a pas par définition d'insertion à mettre en oeuvre, paradoxe poussé à son comble pour les non-expulsables. Au total, ces rejets peuvent entraîner une pression sur les squats qui ne doit pas être sous-estimée.

Une autre catégorie d'étrangers, généralement en situation régulière, commence, encore de manière très marginale, à poser problème, celle des immigrés sans abri de soixante ans et plus: c'est l'exemple de quelques maghrébins rencontrés dans les asiles de nuit de Marseille, dont ils sont de très fidèles habitués, ou d'anciens combattants Harkis de Bordeaux. Sur une échelle très limitée, des placements en maison de retraite peuvent être effectués, encore qu'il ne soit pas aisément d'orienter des personnes de 60-65 ans vers des établissements où la moyenne d'âge est supérieure à 80.

L'existence de phénomènes de rejet ne doit pas être grossie. Dans les quelques trop rares sites où il existe des statistiques de motivation des non-admissions -exemple des statistiques élaborées par la coordination départementale du Nord-, ces données ne sont pas trop inquiétantes, et ont le mérite de la transparence. Beaucoup d'unités ont par ailleurs fait un travail intelligent et ouvert sur leur règlement intérieur, comme la "Rose des Vents" à Meaux. Il n'en reste pas moins que le constat, aussi ponctuel soit-il, de pratiques excluantes, conduit à deux remarques :

- il faut mieux sécuriser les équipes, en renforçant leur formation et leur soutien, et en mettant en œuvre des modalités adaptées de prise en charge des difficultés psychologiques ou des troubles comportementaux des accueillis ;

- il faut élaborer une doctrine de l'urgence, visant l'accueil sans condition. C'est l'accueil sans condition qui a justifié la constitution d'un système distinct des CHRS ; sinon, quelle est sa légitimité ?

2.4 L'ABSENCE DE LIAISON AVEC LES SECTEURS PSYCHIATRIQUES EST PRATIQUEMENT TOTALE.

Ces liaisons n'existent pas, sauf de manière très contingente et très informelle. Extrêmement rares sont les exemples de sites, comme à Caen, où on a procédé à une identification des correspondants, dans les secteurs, des CHRS et des structures d'urgence, où il existe une convention ou un arrangement avec un service d'urgences psychiatriques. Il n'y a pas de prise en charge des troubles psychologiques des sans-abri, à part quelques initiatives hors sectorisation, financées sur crédits d'insertion RMI.

Les initiatives de sensibilisation menées par les DDASS, dans le cadre de la préparation ou de la mise en œuvre des schémas psychiatriques, ou dans celui de l'élaboration des programmes départementaux pour l'accès aux soins, semblent connaître un cheminement laborieux.

Les réticences des équipes psychiatriques s'expriment par quelques arguments :

- la grande majorité des troubles à traiter ne relèvent pas de psychoses ou de névroses : argument exact, mais rarement utilisé en clientèle privée ;

- c'est le patient qui doit faire la démarche vers le soignant, et non l'inverse. La population des sans-abri est par ailleurs fluctuante, difficilement en mesure de suivre un traitement régulier. C'est négliger la capacité d'accompagnement de nombreuses équipes sociales, constatée par exemple pour de premières consultations d'alcooliques dans des Centres d'hygiène alimentaire ;

- les secteurs sont surchargés de missions nouvelles en santé publique ;

- les équipes psychiatriques craignent, non sans raisons, un transfert de l'ensemble des problèmes de violence ou d'agressivité rencontrés dans les lieux d'accueil. C'est un vrai problème, mais dont le traitement nécessite au moins des échanges entre réseaux sociaux et médicaux.

Au total, la carence est si générale qu'y remédier devrait certainement constituer le premier objectif des prochaines "campagnes".

2.5 LES CONDITIONS MATÉRIELLES DE L'ACCUEIL SONT INÉGALEMENT CONVIVIALES.

Beaucoup de petites unités (moins de 30 places) visitées dans les Hauts-de-Seine, la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et dans de nombreux autres sites (Lille, Arras, Reims, Châlons-en-Champagne, Cherbourg, Bordeaux, haltes du Cantal...) présentent un aspect chaleureux, sont animées par des équipes attentives, intégrant parfois sur un C.E.S. des jeunes anciens résidents. La quasi-totalité des foyers pour femmes ou pour familles ont une ambiance conviviale, un mode de fonctionnement qui favorise la solidarité entre résidents.

Les grandes et moyennes structures ne sont pas toutes sinistres, loin s'en faut ; certaines ont su créer des espaces de rencontre, promouvoir fêtes et animation, mettre en place un "boxage" ingénieux des dortoirs.

Il n'en reste pas moins que l'état global des bâtiments est médiocre et qu'un bon tiers des capacités visitées nécessiterait des travaux de rénovation significatifs. Une bonne part du restant des locaux justifierait au moins des travaux légers : peinture, aménagement des sanitaires et des espaces communs, diversification du mobilier.

2.6 LA QUALIFICATION DES PERSONNELS N'EST PAS SUFFISAMMENT DÉVELOPPÉE.

Peu d'initiatives sont prises pour développer des processus de formation :

- les DRASS, compétentes en matière de politique de formation au travail social, sont plutôt en retrait sur ce sujet : peu de données ou d'inventaires, sauf dans le Nord-Pas-de-Calais ; peu d'initiatives en termes de politique des stages dans des lieux d'accueil des sans-abri ou des dispositifs mobiles ;

- les centres de formation de travailleurs sociaux ignorent assez largement la richesse des terrains de stage que pourraient offrir les dispositifs d'accueil et d'hébergement ;

- la grande majorité des structures ont moins de 10 salariés, et de ce fait ne sont pas adhérentes à des fonds d'assurance-formation ; un investissement de formation n'est du reste pas imaginable dans les petites structures à caractère temporaire, sauf lorsqu'elles sont gérées par une municipalité, un CCAS ou une grande association nationale qui y affecte l'hiver des personnes ayant une autre affectation pendant le reste de l'année ;

- la formation des bénévoles est insuffisante, sauf pour ceux qui participent à des dispositifs mobiles (Croix-rouge, Secours catholique), pour lesquelles une vraie politique d'encadrement est mise en oeuvre, ou sauf les actions de formation du Secours poulaire orientées vers l'accès aux soins et l'insertion.

Le problème de la formation des bénévoles se pose particulièrement pour les accueils de jour : c'est là que les bénévoles sont les plus présents, à commencer par les administrateurs ; que la coexistence avec les professionnels peut soulever le plus de difficultés, dans des structures parfois un peu isolées. Le réseau des Boutiques de solidarité a développé des actions de formation et d'échanges, mais il serait souhaitable qu'un soutien public puisse appuyer les efforts des réseaux, à l'instar de ce qu'entreprend la DDASS des Yvelines dans son ressort.

3/ LES ARTICULATIONS ENTRE URGENCE ET PROCESSUS D'INSERTION NÉCESSITENT D'ÊTRE RENFORCÉES.

Des difficultés d'articulation persistent en effet sur trois champs :

3.1 LA COUVERTURE SANITAIRE.

Des progrès considérables ont été réalisés depuis 2 ans dans l'adaptation du système de soins : conventions Etat/hôpitaux permettant la gratuité des consultations externes et la fourniture de médicaments aux personnes sans résidence stable, voire la gratuité d'hospitalisations brèves (2 à 3 jours) ; création des postes appropriés aux urgences ou dans les bureaux des admissions ; interventions médico-sociales dans les différentes structures contribuant à l'accueil d'urgence de jour ou de nuit ; lits de soins infirmiers dans les CHRS ou les asiles ... L'ouverture du système hospitalier est réelle, à Paris, à Marseille, à Lille, à Bordeaux... Un bilan encourageant en matière d'évolution et d'ouverture du système de soins se double malheureusement d'un constat très déprimant en matière d'ouverture de droits.

3.1.1 Les affiliations de droit à l'assurance-maladie, via l'assurance personnelle, pour les bénéficiaires du RMI et les jeunes de 18 à 25 ans non affiliés à un autre titre, ne sont réalisées qu'avec beaucoup de lenteur, surtout pour cette deuxième catégorie.

3.1.2 Les dispositions réformant l'aide médicale sont parfois assez largement détournées, et restent en tout cas inégalement appliquées. Les prises en charge de l'aide médicale au coup par coup restent la règle dans de nombreux départements où le demandeur reste obligé à solliciter des bons d'aide médicale (Nord, Pas-de-Calais, Orne, Dordogne...) alors que la loi de 1992 et ses textes d'application ouvraient le droit à une prise en charge annuelle, pour le bénéficiaire et ses ayants droit, de type carte d'assuré social.

Une certaine conjonction d'intérêts entre services départementaux (maîtrise de la dépense) et centres communaux d'action sociale (remboursements des frais d'instruction plus importants au coup par coup que sur une prise en charge annuelle ; connaissance de la population ; valorisation de l'action du maire et du CCAS) aboutit au maintien du système des bons d'aide médicale, et à la recréation de commissions d'aide médicale à compétence consultative (Nord et Pas-de-Calais).

3.1.3 Les facultés de rapidité ouvertes par les nouvelles procédures (simple décision d'admission par délégation du président du conseil général) ne sont pas exploitées. De ce fait, même pour les personnes affiliées à la sécurité sociale, la prise en charge complémentaire par l'aide médicale (ticket modérateur, forfait hospitalier) fonctionne dans des conditions qui maintiennent largement l'exclusion des formules de soins de droit commun et l'obligation de recourir à un système de soins gratuits adaptés. Dans les Bouches-du-Rhône, le département a choisi, pour le développement de la couverture complémentaire des plus démunis, un système de mutuelle qui ne couvre pas le forfait hospitalier, réalisant de fait un système à 3 étages sécurité sociale/mutuelle/aide médicale pour les forfaits hospitaliers.

3.1.4 Sauf dans le Nord, les associations ont très peu exercé leur fonction d'interpellation des pouvoirs publics locaux quant à l'application de la loi, tout en demandant fortement, dans des réunions où le conseil général n'était pas représenté, que "quelque chose soit fait pour mettre fin à ce scandale" (Marne). Dans le Nord, la disposition qui a suscité de vigoureuses réactions consistait en un contingentement de l'aide médicale : seuil de 5 bons au-delà duquel se trouve déclenchée une intervention d'un médecin contrôleur de l'aide sociale.

En Dordogne, l'association de défense des droits des allocataires du RMI est intervenue auprès de l'Etat pour protester contre des pratiques restrictives touchant le droit des bénéficiaires du RMI à la protection complémentaire de l'Aide médicale. Les services du département adressent aux maires (PJ en annexe) des lettres prescrivant le contingentement de l'aide médicale -de droit- à certains bénéficiaires, avec un premier seuil à deux "étiquettes" par mois.

3.1.5 Ce trop rapide tour de France des difficultés d'application de la réforme de l'aide médicale ne doit pas pour autant focaliser l'attention sur les seules collectivités départementales.

- . D'abord, parce qu'un certain nombre de départements vont au-delà de ce qu'exige la loi, en ayant adopté des dispositions favorables en matière de barème d'admission de plein droit à l'Aide médicale, ou sur d'autres dispositions telles que le recours aux obligés alimentaires (Paris, Val-d'Oise, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine ...).
- . Ensuite, parce que les autres acteurs de la protection sociale ne sont pas à exempter de critiques :
 - l'Etat, parce qu'il a une tendance chronique à ne payer qu'avec beaucoup de retard les professionnels de santé ayant dispensé des soins aux personnes sans résidence stable ;
 - les caisses primaires d'assurance-maladie, parce qu'elles ne se sont engagées qu'avec beaucoup de prudence dans la voie de l'affiliation provisoire prévue par la loi de 1994 et, qu'à la différence des C.A.F., elles sont encore loin d'avoir acquis une culture des "droits supposés".

3.1.6 Sur un plan théorique, la couverture Santé des sans résidence stable devrait avoir été considérablement simplifiée par la Convention nationale passée entre l'Etat et l'Assurance-maladie le 9 mai 1995. Cette convention confie aux caisses la gestion de l'aide médicale de l'Etat (au bénéfice des sans résidence stable), en application de la loi de 1992. Les instructions disposent :

"L'impossibilité matérielle de constituer dans l'urgence un dossier complet (ressources et élection de domicile) ne doit pas empêcher le directeur de la Caisse d'assurance-maladie de prononcer l'admission immédiate sur la base des premiers renseignements disponibles, communiqués notamment sous la forme d'attestations sur l'honneur, ainsi que l'affiliation provisoire à l'assurance personnelle, à charge pour lui d'opérer a posteriori un contrôle plus approfondi de l'état civil, de la résidence en France, de l'insuffisance des revenus et de l'absence de résidence stable, afin de vérifier le bien fondé de la décision prise."

Il reste à voir dans quelle mesure cette doctrine libérale sera effectivement appliquée. Actuellement, on ne peut pas dire que les lois de 1992 et de 1994 soient effectivement et intelligemment appliquées sur l'ensemble du territoire.

3.2 L'ACCES AU LOGEMENT DURABLE.

Une dynamique remarquable s'est mise en oeuvre sur les problèmes d'accès au logement, à la suite de la création de l'aide au logement temporaire, des Plans de CHARME puis PÉRISSOL, de la montée en charge effective des Fonds de solidarité logement, dynamique à laquelle participent activement les CHRS, ou le mouvement associatif, comme l'illustrent par exemple les initiatives du Secours populaire du Puy-de-Dôme à Clermont-Ferrand.

Quelques questions se posent :

3.2.1 Ne faudrait-il pas, pour les logements très sociaux ayant bénéficié de prêts très favorables (P.L.A.T.S.), mettre en oeuvre des procédures spécifiques d'attribution échappant au droit commun et donnant le dernier mot au représentant de l'Etat ?

Sur un certain nombre de sites, en Ile-de-France, en Haute-Garonne, dans le Tarn, dans le Lot-et-Garonne, des procédures particulières ont été mises en place, qui respectent cependant les compétences d'attribution des organismes sociaux.

3.2.2 La distinction entre logement d'extrême urgence et logement d'insertion n'est pas toujours perçue, surtout si ce dernier est conçu comme une étape intermédiaire à vocation temporaire. On pourrait envisager une catégorie large de logements d'insertion, définie, outre les conditions favorables de financement PLATS, par trois éléments : procédure d'attribution spéciale ; modalités d'accompagnement social, ou de suivi personnalisé plus léger ; conditions et durée d'occupation fixées au cas par cas lors de l'attribution.

Les populations accédant à ces deux catégories ne paraissent pas présenter de caractéristiques très distinctes ; la notion d'"extrême urgence" colle du reste assez peu à la réalité dans la mesure où il s'agit rarement de personnes ou de familles passant très rapidement de l'absence de toit à l'occupation d'un logement d'urgence.

La piste d'une fusion de ces catégories peut comporter deux avantages :

- faire un sort particulier à l'urgence autorise certains conseils généraux à refuser l'engagement du FSL sur l'accompagnement social (lettre du Président du conseil général des Bouches-du-Rhône au Préfet). Est développée dans une quinzaine de départements l'idée que l'urgence est une compétence de l'Etat et que des crédits spécifiques ont été dégagés par les Affaires sociales pour l'accompagnement social des places d'urgence, ce qui autoriserait un certain repli des départements.

- le terme de six mois, en logement d'urgence, est très rigoureux pour les familles si aucune solution plus durable n'a pu être mise en place. On commence à signaler, dans le Val-d'Oise par exemple, des cycles inquiétants : famille reçue dans un accueil d'urgence en novembre 1994, puis orientée vers un CHRS, puis accueillie pour six mois, avec bénéfice de l'ALT, dans un logement du plan de CHARETTE, à nouveau dans un foyer d'urgence en décembre 1995, en attente d'orientation, avec à chaque étape rupture de scolarisation des enfants ...

3.2.3 Est exprimé enfin le besoin d'indications nationales sur le coût et la durée des mesures d'accompagnement, en fonction de la population suivie. Par souci légitime d'obtenir vite des premiers résultats, les services de l'Etat n'ont pas été trop exigeants sur les coûts proposés, mais la question ne peut être durablement évitée, surtout si l'on souhaite par ailleurs se réserver une certaine marge pour aller dans les cas les plus lourds au-delà d'une année de suivi.

Par ailleurs, on peut constater que la charge d'accompagnement est très variable d'une association ou d'un service à l'autre, de 30 à 60 mesures par travailleur social.

3.3 LA RARÉFACTION DES C.E.S (CONTRATS EMPLOI SOLIDARITÉ).

La diminution en 1996 de 20 à 25 % des enveloppes CES, même si elle ne devrait affecter pour l'essentiel que des prorogations de contrats, suscite deux types d'inquiétudes :

- celle des intervenants auprès des jeunes, qui soulignent que, quelles que soient les limites des CES, ils restent préférables à l'errance ou au "dealing". Ils représentent pour beaucoup de jeunes en grande difficulté le seul moyen de les solvabiliser un peu et de les familiariser, non sans mal parfois, avec les notions de travail et de prise de responsabilités. Ce public bénéficie de fait très peu des contrats initiatives-emploi (CIE) ; il pourrait sans doute bénéficier plus largement d'un développement de l'apprentissage si les mesures en préparation comportaient un programme d'appui spécifique pour l'entrée en apprentissage de jeunes en grande difficulté présentés par les missions locales, les PAIO ou les structures d'insertion par l'économique.

- celle de nombreuses structures d'accueil d'urgence non adossées à un CHRS, un CCAS ou à une institution hospitalière ou sociale, dont les ressources humaines sont de fait composées, pour environ 30 à 40 % de la force de travail, de CES. Le schéma type est celui d'un organigramme composé d'un poste et 1/2 en ETP salarié ; 2 CES, soit l'équivalent d'un temps plein ; des prestations multiples et parcellisées de bénévoles et parfois un objecteur de conscience.

4/ LE POINT MAJEUR DU CONSTAT EST LA DIVERSIFICATION DES RÉPONSES À L'URGENCE.

Les orientations nouvelles ou les accents nouveaux mis par la circulaire du 11 octobre 1995 sont largement pris en compte sur le terrain : développement de l'accueil de jour, extension d'une prise en charge médico-sociale adaptée, multiplication des dispositifs mobiles.

4.1 LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL DE JOUR.

C'est sans doute le point le plus positif du constat effectué : d'un hiver à l'autre, le nombre d'accueils de jour a plus que doublé, et doit s'établir à un niveau proche de 120. Sur les vingt-cinq accueils visités, vingt fonctionnaient depuis moins de deux ans.

Le décompte des accueils n'est pas simple, faute d'une définition très précise les différenciant nettement de points d'accueil très spécialisés ou de permanences sociales ou associatives. En première approche, on peut retenir comme critère le plus large celui des accueils offrant plusieurs prestations d'aide à la vie quotidienne des sans-abri et fonctionnant au moins quatre heures par jour au moins cinq jours par semaine. Cette diversification des accueils ne s'est pas arrêtée aux grandes villes, mais touche également les villes moyennes, où ils sont parfois couplés ou associés avec un "restaurant de la solidarité", comme à Aurillac.

Les accueils de jour permettent de toucher plus que toute autre formule les jeunes en grande difficulté, les couples, les "irréductibles" de la rue et toute une population qui, vivant de façon très précaire, avec de nombreux allers et retours entre logement chez un tiers, squat, rue, foyer ou hôtel, ne souhaite ou ne peut pas établir un contact suivi avec les réponses institutionnelles classiques et les services sociaux.

Les accueils de jour restent des structures fragiles. L'aléa est permanent ; les services isolés peuvent être à la merci de la moindre tension interne ou d'un investissement externe par des bandes organisées. Leur fonctionnement repose largement sur le bénévolat, avec parfois des administrateurs présents en permanence et presque trop investis, ce qui n'était pas sans poser problème dans quelques-uns des sites visités. En même temps, ils constituent un outil remarquable, évolutif et ouvert à l'innovation. Quelques exemples peuvent en témoigner, dans trois domaines :

- le développement de formes d'accueil de jour de familles (exemple du F.A.R.E. à Lille) : Largement centré sur de très jeunes familles, ou sur des familles plus âgées, notamment maghrébines ou africaines, obligées de quitter un logement précaire ou un squat du fait des rigueurs du climat ou d'une expulsion, cet accueil pose des problèmes spécifiques en termes d'adaptation des locaux et de liaison avec les hébergements de nuit, plus difficiles à organiser que pour des individus isolés. Il devrait de plus en plus trouver une place dans un ensemble coordonné, faisant intervenir des associations offrant une large palette de services d'accueil et d'hébergement, si possible des bailleurs très sociaux, et bénéficiant d'un appui des C.A.F. sur leurs fonds d'action sociale.

- l'accueil de jour des jeunes en grande difficulté : l'ABEJ a développé à Lille, dans des locaux très chaleureux, une riche palette de services aux jeunes sans abri, comprenant un accueil de jour, des prestations médicales et éducatives, un service logement, un atelier de réentraînement au travail et un atelier d'ergothérapie, et va mettre en oeuvre un projet "Jeunes et partage", permettant à des jeunes très défavorisés d'être acteurs de solidarité vis-à-vis d'autres jeunes, et de redécouvrir le monde du travail et ses exigences.

Cet ensemble de services, baptisé "Point de repère", a touché, en 1994, 700 jeunes sans domicile fixe, dont 33 % sont toxicomanes avérés et 60 % viennent de l'aide sociale à l'enfance.

- le lien accueil-insertion : très présent dans les exemples ci-dessus, c'est cet objectif également qui fonde le projet sur Paris des E.S.I. (Espaces Solidarité Insertion), en coopération entre l'Etat, la Ville, la RATP et la SNCF, projet qui conduira à l'automne prochain à un ensemble de 12 lieux ouverts, avec une large gamme de services et un assez fort encadrement de professionnels.

4.2 LA MULTIPLICATION DES DISPOSITIFS MOBILES.

Ce sont d'abord les "**SAMU sociaux**", dans de grandes agglomérations ou des départements très urbains, ou des dispositifs s'en approchant (la pluridisciplinarité des équipes n'est pas toujours assurée, les durées de patrouille sont plus ou moins étendues). On en dénombre une douzaine, avec là encore les nuances qui s'imposent par rapport à une qualification sans appellation contrôlée. Ainsi, le dispositif de Marseille est plus un dispositif de transport, à partir de quelques étapes, vers l'unité collective d'hébergement créée par la mairie à la périphérie de la ville ; les équipes bénévoles du Secours catholique se chargeant du contact et de la "maraude" au cœur de la ville. Le dispositif de Bordeaux fonctionne lui plus comme une permanence mobile, avec approche sanitaire marquée.

Dans les départements visités, sur 7 structures qualifiées de "Samu sociaux" (Paris, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Lille, Bordeaux, Toulouse, Marseille) trois seulement fonctionnent toute l'année (Paris, Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine), avec une hypothèse de pérennisation ou de prolongation en 1996 sur Lille et Marseille. Les statuts sont très divers : gestion par un groupement d'intérêt public constitué autour de la ville et de l'Etat à Paris, rattachement à la "Maison de Nanterre" dans les Hauts-de-Seine, collectif d'associations à Lille, Croix-rouge dans le Val-de-Marne et dans la plupart des métropoles régionales, convention Ville/Protection civile à Marseille.

Cette diversité ne paraît pas un handicap, à condition que les prestations offertes soient clairement définies (le vocable "Samu social", qui renvoie implicitement à l'exemple parisien, peut être source de quelques ambiguïtés), que l'articulation avec le numéro vert soit étroite, que le choix institutionnel effectué ménage toujours une liaison organique avec l'ensemble des partenaires du système, que la fonction transport soit toujours associée avec des fonctions d'orientation et l'accès à une première prise en charge médico-sociale.

A côté des SAMU sociaux, quasi SAMU et systèmes de ramassage non-coercitifs, le mouvement associatif a développé une très large palette de **tournées plus légères**, visant à créer une "amorce", à maintenir un lien social, notamment par la fourniture de ce qu'il faut bien appeler une "aide à la survie" (boissons, chaudes, sandwiches, biscuits ou pizzas, kits d'hygiène, couvertures, etc...).

Sans visée d'orientation vers une structure, ces tournées permettent de tisser ou de maintenir des relations qui peuvent progressivement conduire vers une prise en charge un peu meilleure de la santé, voire vers un début de réinsertion. Le Secours catholique à Marseille, le Secours populaire à Lille, le Lien à Rouen, le Secours populaire à Clermont-Ferrand, ont ainsi mis en oeuvre des tournées de nuit qui mettent un peu de chaleur au cœur de la ville.

L'encadrement des bénévoles qui assurent ces tournées, ou qui participent aux "SAMU" gérés par la Croix-rouge (exemple de la remarquable équipe rencontrée dans le Val-de-Marne, assurant le service en fin de semaine), mérite un hommage appuyé. Les associations, notamment le Secours catholique et la Croix-rouge ont su, pour la mise en oeuvre de ces initiatives, mener une politique exemplaire de leur bénévolat : recrutement, contrat moral, contrôle de la régularité, recueil d'informations, réunions de synthèse et d'évaluation ...

Enfin, il faut signaler l'essor des "équipes de rue", à Troyes, Reims, Rouen, Perpignan, Nanterre... Fonctionnant dans des conditions administratives très précaires, souvent grâce à un financement au titre de la politique de la Ville, ce sont des équipes très légères (de un à trois éducateurs), liées à des unités d'hébergement, des accueils de jour ou des hôtels sociaux. Dans les Hauts-de-Seine, les postes créés l'ont été dans le sillage d'une "recherche-action", qui mettait en lumière l'enracinement très local, sur un territoire très limité, de la majorité des

4.3 L'EXTENSION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE.

Elle est perceptible dans la montée en charge, encore modeste, des lits infirmiers, et dans la multiplication des permanences médico-sociales ou infirmières dans les structures, de jour ou de nuit. La situation s'est complètement inversée par rapport à il y a quelques années, où seule une petite minorité de foyers était en mesure d'apporter une première réponse sanitaire (éducation information, premiers soins pour des affections de la peau, des troubles de type bronchite, migraine ...).

Elle est nette dans l'ouverture de l'hôpital, à partir des premières instructions conjointes données par la Direction de l'action sociale et la Direction des hôpitaux en 1993. En 3 ans, plus de 300 conventions ont été passées avec des établissements publics de santé ou participant au service public hospitalier, touchant à l'accueil gratuit des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en consultations externes, y joignant parfois la gratuité de deux à trois nuits d'hospitalisation, ou relatives à la création de cellules sociales hospitalières pour l'accueil des plus démunis.

Les cellules de ce type, visitées dans trois établissements de tailles très diverses, au CHR de Bordeaux (Centre d'Albret), au Centre hospitalier de Vernon et dans un petit établissement de Juvisy-sur-Orge, mettent en oeuvre une fonction de consultation médico-sociale hospitalière, avec une équipe très légère (2 à 3 postes ETP + quelques vacations médicales), pour un taux de fréquentation non négligeables (1 209 passages en 7 mois et 1/2 au Centre d'Albret, 453 personnes suivies).

5/ LA COORDINATION AVANCE.

Peu à peu se met en place un véritable réseau de traitement de l'urgence, dont la principale faiblesse reste qu'il ne fonctionne à plein régime que pendant la période hivernale. Malgré cette réserve, on ne peut qu'être frappé par les progrès réalisés en quelques années : coordination inter-institutionnelle accrue ; tendance à l'effacement de la dichotomie entre opérateurs de l'urgence et CHRS ; meilleure coordination administrative des actions sur l'hébergement et des actions sur le logement.

5.1 UNE COORDINATION INTERINSTITUTIONNELLE EN PROGRÈS.

Quelques exemples :

5.1.1 L'émergence d'un service d'urgence sociale dans l'Aube.

Grâce à l'engagement de la DDASS de l'Aube, et à la motivation de quelques partenaires associatifs ou CCAS pour une approche horizontale du traitement de l'urgence, de véritables procédures intégrées de gestion de l'urgence se sont mises en place dans ce département, appuyées sur un remarquable souci d'évaluation.

Une coordination d'ensemble est assurée par la CADORRE (Commission d'admission, d'orientation, de régulation et d'évaluation du dispositif d'hébergement et de réadaptation sociale), rassemblant les principaux acteurs, animée par le responsable du CHRS l'accueil BALTET, géré par le Centre municipal d'action sociale de Troyes. C'est la clef de voûte du schéma départemental des CHRS de l'Aube, constituant avec l'ensemble des structures d'accueil le service départemental d'urgence sociale.

La CADORRE a pour missions :

- d'organiser l'urgence sociale, en assurant la permanence téléphonique et en procédant à la première orientation des personnes sans abri (réponses aux questions : où dormir ? Où manger ? Santé/services divers) ;
- de réaliser le diagnostic social, et de suivre l'orientation des personnes en très grande difficulté : mutualisation des moyens, appui technique aux structures dépourvues de travailleurs sociaux ;
- de rassembler les indicateurs de résultat et de les synthétiser pour l'ensemble du dispositif.

Cette structure au demeurant est légère, ne dispose pas de personnel permanent ou d'équipements spécifiques.

Dans ce contexte, le schéma départemental des CHRS s'est également attaché à promouvoir des outils communs aux CHRS et aux DDASS :

- . tableau de bord de gestion (indicateurs de suivi des activités, de suivi de l'encadrement, de suivi budgétaire, ratio financier) ;
- . descriptif qualitatif des pratiques autour de 4 rubriques :
 - . hébergement d'urgence
 - . accueil, diagnostic, orientation
 - . hébergement et insertion en CHRS
 - . suivi en logement automne.

. un "score de risque social", terminologie légèrement hygiéniste qui recouvre en fait un instrument de mesure des progrès vers l'autonomie et l'intégration sociale, à partir d'un suivi individuel des résidents sur 8 critères (logement, emploi, ressources, accès aux soins, couverture sociale, environnement affectif, nécessité d'un suivi social, maturation d'un projet et adaptation sociale).

5.1.2 La coordination mobile d'accueil et d'orientation (CMAO) de Lille.

Elle rassemble, sous l'égide de la FNARS régionale, les principaux acteurs associatifs de l'urgence sociale pour la gestion d'une "antenne mobile" : permanence téléphonique de 9 h à 23 h tous les jours de l'année puis renvoi sur un établissement pivot, tournées de fin de journée et de nuit dans le ressort de la communauté urbaine, orientation primaire des habitués de la rue. La gestion de ce dispositif devrait être autonomisée en 1996 : elle a en tout cas commencé à faire les preuves d'un dispositif collectivement géré par les institutions chargées de l'accueil.

5.1.3 De nombreux exemples d'inter-associativité.

Au-delà de cet exemple de la CMAO lilloise, qui réalise une coordination fonctionnelle poussée, de nombreux exemples pourraient être cités de collectifs inter-associatifs pour :

- gérer des nuits d'hôtel (à Marseille sous l'égide de la FNARS),
- gérer des accueils de jour, objet le plus fréquent des collectifs inter-associatifs,
- faire vivre une "Maison de la Solidarité" ou un "Carrefour de la Solidarité". A Rouen, cette dernière appellation recouvre la conjonction entre disposition d'orientation, accueil de jour et cellule de crise pour femmes en difficulté,
- se porter sur le créneau de l'insertion dans l'habitat (accompagnement social lié au logement, conventions A.L.T., baux glissants, réalisation de logements d'urgence), notamment en Ile-de-France et dans le Sud-Ouest.

5.1.4 La dynamique du numéro vert national a donné un coup d'accélérateur à ces processus de décloisonnement. Même si, en-dehors des grands sites urbains, le bilan quantitatif est loin d'être substantiel (quelques dizaines d'appels de janvier à mars pour de petits départements ruraux), même si des susceptibilités locales ont parfois pu freiner sa montée en régime (exemple de départements à gestion bicéphale du numéro vert : Seine Maritime avec Rouen et Le Havre ; Pyrénées-Atlantiques avec Pau et Bayonne ; bicéphalité du reste destinée à disparaître avec le choix d'un site centralisateur unique), la mise en place du numéro vert a obligé les diverses institutions participantes à s'entendre sur un protocole d'organisation et d'utilisation, à fournir quotidiennement à l'équipe gestionnaire des données sur leurs disponibilités ... Un travail totalement cloisonné est devenu impossible.

5.2 L'INVESTISSEMENT DANS L'URGENCE DE BONS GÉNÉRALISTES DE L'INSERTION ET LE DÉVELOPPEMENT D'OPÉRATEURS MULTIFONCTIONS.

Les CHRS ont redécouvert l'urgence, qu'un accent peut être trop exclusif mis sur la professionnalisation des actions d'insertion, l'affinement des diagnostics et des bilans sociaux individuels, la participation à de multiples dispositifs sociaux inter-institutionnels avaient un peu écartée du cœur de leurs préoccupations.

Cette évolution ne touche pas tous les établissements, notamment ceux qui restent très spécialisés, mais on peut noter dans tous les départements visités un réel investissement sur l'accueil d'urgence d'établissements visant un public large, sans spécification trop arrêtée, et ayant développé une gamme de services diversifiée leur permettant de contribuer à de premiers pas sur un parcours d'insertion ou, à tout le moins, de mettre en œuvre des procédés d'accompagnement ou de suivi solides, bénéficiant de ressources humaines et d'un cadre institutionnel et financier moins précaire que les structures d'hébergement liées à l'hiver.

Le mouvement des CHRS vers l'urgence reste cependant beaucoup plus marqué en province (24 % des places d'urgence en Champagne-Ardenne, 35 % dans le Pas-de-Calais ...) qu'en Ile-de-France.

L'APSA (Association pour la solidarité active du Pas-de-Calais), L'Accueil fraternel roubaisien, "Les Cytises" dans l'Aube, L'Escale à Châlons-en-Champagne, l'ANEF à Clermont-Ferrand et Aurillac, SOS Femmes à Bondy, la Maison des femmes à Sarcelles, le CHRS "Louise Michel" à Cherbourg en fournissent de bonnes illustrations, parmi d'autres. De vieilles maisons comme l'OHN de Rouen (œuvre hospitalière de nuit) font évoluer leurs missions et créent des services pour aller au devant des SDF.

Parallèlement, des institutions relevant de l'urgence ou des mouvements de solidarité développent leurs interventions en matière d'insertion : Restos du Coeur, Secours populaire (avec une mention particulière pour le dynamisme remarquable de la Délégation de Clermont-Ferrand en matière de logement).

Certaines associations plus spécifiques, créées dans le cadre des plans de lutte contre la pauvreté et la précarité, ont développé une dynamique remarquable : à Mantes-la-Jolie, le foyer d'hébergement "RAME" obtient des résultats extrêmement positifs en matière d'emploi et de logement, pour un coût très maîtrisé, grâce à une très bonne articulation avec les institutions locales et les entreprises.

A Caen, le service "Coordination Accueil Orientation", géré par l'Association Revivre, fonctionne comme une véritable maison de l'insertion, fournissant tous les services d'insertion hors hébergement, avec un fort concours de crédits d'insertion RMI.

Enfin, même dans de petites structures ou dans des unités non permanentes, la préoccupation de l'accompagnement social se fait jour, avec le souci aussi d'organiser le contact avec les services sociaux "ordinaires", notamment, dans toute la mesure du possible, le service social polyvalent.

Un double mouvement de réinvestissement sur l'urgence des CHRS et de diversification des activités des structures nées dans le cadre des plans hivernaux de lutte contre la précarité atténue les frontières entre accueil d'urgence et insertion, si du moins l'on accepte, pour les plus marginaux, que l'insertion puisse d'abord se définir par la réappropriation de sa santé et la redécouverte de liens sociaux. C'est fondamental, car les progrès de la coordination inter-institutionnelle et de la coopération entre associations ont besoin de s'appuyer sur des opérateurs à vocation élargie.

5.3 LA PRÉSENCE DES DDASS ET LA BONNE ARTICULATION DDASS-DDE.

Les DDASS des départements visités sont présentes et reconnues sur le terrain de la lutte contre la précarité et des réponses aux urgences sociales, avec une large délégation de confiance des préfets, pour autant très informés des actions menées et des difficultés rencontrées.

Elles ont su :

- utiliser la circulaire de 1991 redéfinissant les missions des CHRS, créant un schéma départemental des CHRS et initiant la renégociation des conventions d'aide sociale pour conduire les CHRS à développer leur complémentarité, et s'ouvrir plus à l'urgence, dans un cadre coordonné ;
- jouer la carte du partenariat avec les acteurs essentiels que sont les associations et les municipalités, et créer une très forte relation de confiance en dépit des aléas budgétaires ;
- aider les CHRS et les structures d'accueil d'urgence à devenir des opérateurs sur le champ du logement des plus démunis ;
- soutenir ou promouvoir des innovations, depuis plusieurs années, en matière d'accueil de jour, de contact avec les jeunes, de services mobiles ;
- mobiliser les hôpitaux sur l'accès aux soins.

Deux réserves peut-être :

- . un insuffisant travail de mobilisation des acteurs de la psychiatrie, il est vrai très sollicités par ailleurs sur de multiples objets ;
- . une réticence bien connue, et jusqu'à un certain point compréhensible, à utiliser le contrôle de légalité, ou plutôt la perspective du contrôle de légalité, dans une phase "pré-contentieuse", dans des départements où l'application de la loi par les services des conseils généraux semble faire problème (aide médicale).

Les relations de travail avec la DDE sont excellentes. Les DDASS ont poursuivi une remobilisation sur les problèmes de logement, amorcée avec la mise en place des F.S.L. Dans la plupart des départements, le pilotage de la mise en oeuvre du plan Périssol est largement partagé ; ce partage est parfois formalisé par une décision explicite du préfet comme dans les Bouches-du-Rhône avec désignation de deux chefs de projet. Les DDASS sont dans tous les départements sauf deux associées au fonctionnement des Fonds de Solidarité Logement.

La problématique de la coordination administrative des services de l'Etat fait surgir la question de la multiplicité des instruments de programmation pourvus ou non d'une base législative : schémas départementaux de l'urgence, programmes départementaux pour l'habitat des plus démunis, schémas de psychiatrie liés au SROSS, schémas départementaux des CHRS, programmes de travail pour l'accès aux soins des plus démunis, schémas départementaux pour la protection judiciaire de la jeunesse, programmes locaux d'insertion par l'économique. Cette énumération est certainement lacunaire...

Chaque instrument a sa légitimité fonctionnelle indéniable, mais il manque sans doute un chapeau plus "politique" donnant les lignes de force de l'action de l'Etat dans le département, sa stratégie de lutte contre l'exclusion et de réponse à l'urgence. Les principaux ressorts de la coordination, en tout cas, existent et fonctionnent : travail inter-institutionnel, concertation, opérateurs de moins en moins spécifiques ou isolés. C'est sur ce réseau que pourra s'appuyer la mise en oeuvre des propositions des chapitres suivants.

CHAPITRE II

POUR UNE ÉTHIQUE DE L'URGENCE

Une éthique de l'urgence peut se décliner de façon très simple :

- l'obligation d'accueillir
- l'organisation d'un cadre permettant la complémentarité des initiatives pour répondre aux questions essentielles de l'urgence : Où dormir ? Où manger ? Où se soigner ? Qui voir pour commencer à débrouiller ses problèmes administratifs et sociaux ?
- . un accueil digne, dans les meilleures conditions de convivialité
- une sécurité minimale pour les opérateurs engagés, dans des conditions souvent difficiles, dans le traitement des urgences sociales.

Ainsi conçue, cette éthique permet de relativiser les vieux débats professionnels -bénévoles : il faut augmenter la qualification des dispositifs de réponse à l'urgence, sans abandonner la recherche de convivialité et l'exigence d'engagement. Elle permet également de dépasser la traditionnelle dialectique entre droit commun et réponses spécifiques. L'obligation de traiter l'urgence, et de la traiter dignement, constitue un principe de droit commun. Le droit à l'accompagnement social, pour des personnes éprouvées, passe par des institutions ou des procédures plus spécialisées, mais non ségrégatives.

1/ RENFORCER L'OBLIGATION D'ACCUEIL.

1.1 ENRACINER DANS LA LOI L'OBLIGATION D'ACCUEIL.

L'obligation d'accueil, en urgence, relève en principe des missions des CHRS, ou des structures sociales proches, comme de celles des hôpitaux et de l'ensemble des établissements de santé participant au service public hospitalier. Des instructions relativement récentes le rappellent :

- pour les CHRS, la circulaire du 14 mai 1991, redéfinissant leurs missions, dispose :

"Toute personne sans domicile doit pouvoir être accueillie. La formule traditionnelle d'asile de nuit doit progressivement évoluer vers d'autres modes d'accueil où les personnes sans abri trouvent les moyens de se reconstituer - prendre des repas, passer une ou plusieurs nuits dans un lieu rassurant, à l'abri du vol et de l'agression- et pour satisfaire les besoins élémentaires d'hygiène, de santé et de présentation."

- pour les hôpitaux, la circulaire du 8 janvier 1988 sur l'accès aux soins des plus démunis, rappelle aux établissements leur vocation en ce domaine et met l'accent sur l'obligation d'accueil à l'hôpital.

La persistance de pratiques de rejet, voire leur développement, avec la tendance à l'hyper-spécialisation des urgences hospitalières, la suppression des lits de porte, la sophistication croissante des procédures d'admission en CHRS, a conduit les pouvoirs publics à initier ou à appuyer la constitution de dispositifs parallèles, pas toujours articulés avec les institutions classiques, confiant à des francs-tireurs de la Solidarité le soin de pallier les lacunes de l'"establishment" sanitaire et social.

Les premières campagnes pauvreté-précarité, à partir de 1984-1985, ont ainsi constitué un rendez-vous manqué avec les CHRS, dont on eût pu penser qu'ils fourniraient l'outil principal des programmes d'accueil hivernal. Les pouvoirs publics n'ont pas suffisamment pensé à eux ; les médias ont trop exclusivement valorisé des initiatives marginales ou spectaculaires ; les CHRS ne se sont peu ou pas portés candidats, du moins sur le terrain. Si aujourd'hui un certain décloisonnement se fait jour, si se manifeste une plus grande convergence entre CHRS et structures d'accueil liées aux programmes "Pauvreté-Précarité" on peut regretter que l'absence du souci d'une architecture globale n'ait permis d'optimiser, à coût global identique pour la collectivité, les conditions d'accueil et de cohérence avec des dispositifs d'insertion.

Renforcer pour tous l'obligation d'accueil et organiser la complémentarité et le travail en réseau : tels sont aujourd'hui les maîtres-mots d'une politique de l'urgence sociale.

Même si cela ne suffit pas, il faudra d'abord rappeler dans la loi les impératifs catégoriques de l'urgence : "Toutes les institutions participant au service public hospitalier, et les institutions sociales relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, ont l'obligation d'accueillir les personnes en difficulté, notamment celles qui sont dépourvues de logement, dans le cadre de leur mission légale et réglementaire, et de leur délivrer les prestations d'urgence qu'elles sont habilitées à servir.

Tout manquement constaté à cette obligation, après enquête contradictoire des services compétents pour délivrer l'autorisation de fonctionnement, l'habilitation ou l'agrément de l'institution, peut justifier, selon la gravité des faits établis, une modification des conditions du financement public, une dénonciation des conventions liant l'institution à l'autorité compétente, sans respect des délais de préavis légaux, réglementaires ou conventionnels, une modification ou un retrait de l'autorisation, de l'habilitation ou de l'agrément."

Cet éventuel pouvoir de sanctionner, et au moins d'enquêter et de mettre au jour, qui s'apparente à un pouvoir de police, est à exercer selon les cas par le Préfet ou le Président du conseil général, et reste à distinguer des compétences de planification transférées aux agences régionales de l'hospitalisation.

Enfin, il ne serait pas inutile de préciser, dans l'article 28 de la loi du 30 juin 1975 précité, que la vocation d'accueil polyvalent du service départemental d'action sociale (service social polyvalent) s'exerce aussi au bénéfice des sans-abri et des personnes n'ayant pas de résidence dans le département.

Pour ce faire, il conviendrait de rédiger ainsi cet article :

"Le service public départemental d'action sociale a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté, **y compris celles qui ne peuvent justifier d'un domicile dans le département**, à retrouver ou à développer leur autonomie de vie."

Il est en tout cas impératif de mettre un terme à la confusion, parfois rencontrée dans les pratiques des services sociaux polyvalents, selon laquelle les "SDF" sont une population de la compétence de l'Etat, et n'ont pour cette raison rien à voir avec le service départemental.

Les lois de décentralisation ont réparti les compétences d'aide sociale en termes de prestations légales, non de populations, en maintenant au service social polyvalent la mission d'accueillir toutes les personnes ou les familles en difficulté, quelle que soit la prestation susceptible de répondre à leurs besoins et le bloc de compétences auquel cette prestation appartient. Il est aussi absurde de disqualifier les "SDF", au niveau d'un accueil et d'un suivi de premier niveau, parce que les prestations d'aide médicale aux personnes sans résidence stable et d'aide sociale à l'hébergement relèvent de l'Etat, qu'il le serait de ne pas traiter les difficultés des familles monoparentales, sous prétexte que la principale prestation à laquelle elles peuvent prétendre est l'allocation de parent isolé instruite et servie par les C.A.F.

Naturellement, ce rappel n'est pas exclusif d'un essor des initiatives d'information, d'orientation et de soutien à caractère plus spécialisé, dans le sillage du numéro vert et des SAMU sociaux ; il n'a pas non plus pour visée de charger les services départementaux d'un accompagnement social qu'ils ne sont pas réellement en mesure de réaliser ; il signifie simplement qu'ils doivent recevoir les SDF, leur délivrer l'information et le soutien nécessaires dans le cadre d'un premier accueil, participer aux permanences qui peuvent être organisées dans des structures spécialisées, assurer un suivi administratif et social minimum (s'assurer qu'une relève est prise, faire le point à la sortie d'une institution spécialisée ...).

1.2 ELABORER UNE CHARTE DE L'ACCUEIL D'URGENCE.

Au-delà de l'actualisation des lois, un travail de revue de l'ensemble des textes réglementaires et des instructions administratives fixant la vocation et les missions des structures sanitaires et sociales est à accomplir, pour s'assurer d'une meilleure prise en compte de l'obligation d'accueil.

Deux tâches paraissent prioritaires :

1/ inscrire dans la révision du décret sur les CHRS que les conventions d'aide sociale passées avec eux doivent préciser les conditions dans lesquelles ils participent à l'accueil d'urgence ;

2/ élaborer une charte de l'urgence sociale, avec le concours d'un groupe de travail réunissant des praticiens de l'urgence sociale, et dont les dispositions pourraient guider le conventionnement des structures, CHRS ou non, et l'élaboration des règlements intérieurs.

Sans anticiper sur ce type de travail, l'auteur de ce rapport peut avancer quelques convictions :

- 1 - **L'accueil en urgence doit être sans conditions.** Il faut proscrire les conditions touchant à la fourniture de pièces d'identité, les refus d'admission de personnes en état d'ébriété (sauf crise éthylique justifiant une intervention médicale d'urgence), les refus d'admission liés à l'hygiène, à une toxicomanie supposée (sauf dépendance avérée présentant un risque médical)... Naturellement cette très large ouverture ne dispense pas de quelques précautions préventives : confiscation des boissons alcoolisées, obligation de douche, dans des conditions dignes, etc...
- 2 - **Le pendant d'une très large ouverture à l'entrée est la rigueur dans la sanction des incidents troublant la vie collective:** violences, vols, agressions... Les règles de vie collectives doivent être claires, les manquements sérieux sanctionnés par une expulsion immédiate, les infractions graves ou répétées par une interdiction provisoire de séjour dans l'institution, à condition que cela soit en fonction d'une règle transparente et aussi précise que possible.

1.3 CLARIFIER LES AMBIGUITÉS DE L'ACCUEIL DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE.

Les dispositifs relevant de l'aide sociale en situation d'urgence n'excluent pas en principe les étrangers en situation irrégulière, qu'il s'agisse de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide sociale à l'hébergement, de l'aide médicale hospitalière, d'autres formes d'aide médicale sous réserve de conditions de durée de séjour. Par extension, il en va de même pour les structures financées sur crédits d'intervention de l'action sociale n'ayant pas un statut de CHRS. Tout dispositif fonctionnant sous le signe de l'urgence humanitaire se doit de ne pas trier en fonction de critères de régularité de séjour. A contrario, les dispositifs concourant à l'insertion (aides à la formation, à l'emploi, au logement) sont le plus souvent réservés aux personnes en situation régulière.

Les pratiques deviennent cependant de plus en plus ambiguës : on commence à refuser l'admission d'étrangers en situation irrégulière dans un certain nombre de structures, ou on ne prolonge le séjour au-delà d'une ou deux nuits que sur production de papiers en règle. On invoque, à l'appui de ces pratiques, la rumeur selon laquelle des responsables de foyer auraient été inculpés pour infraction aux lois sur les conditions de séjour des étrangers en France, alors qu'une mise en examen n'a jamais été prononcée sur ce motif et que la rumeur repose sur une confusion entre audition et mise en examen.

Il faut naturellement sur ce point délicat faire confiance à l'humanité et à l'équité des responsables de l'accueil d'urgence ; il paraît cependant nécessaire de préciser, sans doute sous forme d'une lettre circulaire de la chancellerie, que l'accueil en urgence de personnes en situation irrégulière dans des structures dédiées à l'urgence ne constitue en rien un délit et ne peut justifier en soi le déclenchement de poursuites.

La situation des familles en situation irrégulière mais non expulsables, parce que l'un des parents est français ou que les enfants mineurs sont nés en France pose un problème dramatique. Elles peuvent bénéficier, sous les réserves notées plus haut, de l'aide sociale ou des dispositifs d'urgence, mais pas des moyens d'une insertion, notamment en matière de logement aidé ou de travail licite pour les adultes en infraction. On ne peut les expulser, on ne doit pas les intégrer ; elles sont condamnées, lorsqu'elles sont très démunies à des filières rue/squats/foyers d'urgence, sauf à en sortir par des activités illicites allant du travail au noir au racket, au deal et à la prostitution. Il faudrait affronter l'ensemble des problèmes posés, en veillant notamment à leur assurer le bénéfice de l'A.L.T. (aide au logement à caractère temporaire), et en définissant des critères de régularisation équitable lorsque l'un des parents en situation irrégulière peut trouver un travail licite conditionnant l'intégration familiale.

1.4 APPRIVOISER LES "IRRÉDUCTIBLES" ?

On ne peut obliger les plus marginaux à dormir dans un foyer, à se soigner ou à entreprendre les démarches nécessaires à l'exercice de leurs droits civils et sociaux.

Une stratégie de l'apprivoisement -terme du reste un peu ambitieux- doit reposer sur deux piliers :

- *le développement des dispositifs mobiles* : Samu sociaux, tournées des mouvements de solidarité, équipes de rue. Progressivement, ils peuvent être en mesure, après le temps d'approche et de maturation nécessaire, de persuader les "irréductibles" de prendre le rendez-vous médical ou social nécessaire.

- *le maintien d'un contact avec les squats*, par les dispositifs mobiles mentionnés ci-dessus, ou par les accueils de jour. En particulier, beaucoup des jeunes qui fréquentent les accueils de jour sont des squatters, permanents ou occasionnels, qui refusent tout hébergement organisé.

Faut-il "légaliser" les squats, ou créer des "squats préfectoraux", à l'image des aires de stationnement pour nomades ? La question mérite d'être posée, compte tenu de l'extension que semble prendre le phénomène du squat chez les jeunes les plus en difficulté.

Une réponse de ce type resterait partielle ou largement inappropriée ; en revanche, il faut mieux intégrer le phénomène des squats dans la réponse à l'urgence.

C'est d'abord un problème de tolérance. Pourquoi, comme dans deux des sites visités, expulser en hiver des squatters occupant, de la manière la plus discrète, des friches industrielles isolées ou des immeubles totalement et durablement condamnés et inoccupés ?

C'est aussi une question d'imagination et d'adaptation aux circonstances locales. On pourrait par exemple parfois imaginer, par l'intermédiaire d'une association, la mise à disposition de caravanes ou de "mobil homes" à de petites communautés vivant sur des aires sans voisinage (fiches industrielles, voies secondaires désaffectées ...). Ce ne peut être que temporaire, mais c'est mieux que la dispersion de petits groupes dont la rencontre a permis que se recréent des identités sociales et un sentiment d'appartenance. On peut aussi parfois s'appuyer sur des communautés de squatters pour créer un lieu de vie, ou pour monter une association susceptible de prendre progressivement en charge des services tels qu'accueil de jour ou logement temporaire, comme en témoignent des exemples rencontrés à Toulouse et à Bordeaux. Chaque fois que le squat repose sur de petites communautés structurées, sur des "familles" choisies, on peut essayer de valoriser ce type de ressources, sachant par ailleurs que tous les squats ne sont pas de ce type et que beaucoup, parmi les plus étendus, constituent des univers très individualistes et violents.

2/ INSTITUER UNE ORGANISATION DÉPARTEMENTALE DE L'URGENCE.

Les progrès accomplis dans la coordination des interventions de terrain, grâce à l'engagement des DDASS, à la dynamique du numéro vert, à un relatif dépassement des clivages entre CHRS et autres structures, entre caritatifs et professionnels du social, constituent certainement l'un des progrès les plus remarquables -avec le rapide essor des accueils de jour- dans la mise en oeuvre des programmes hivernaux de lutte contre la précarité.

La diversité et la souplesse des formules mises en oeuvre interdit de préconiser la généralisation d'un dispositif lourd ou trop normatif. Il est en revanche indispensable, pour donner un contenu positif concret à la mise en oeuvre de l'obligation d'accueil évoquée au point précédent, de spécifier dans la loi et les textes réglementaires, quelques principes d'organisation, en s'inspirant notamment des recommandations du rapport rédigé par Bernard QUARETTA ("Face à l'errance et à l'urgence sociale", novembre 1995).

La loi pourrait ainsi disposer de l'institution, dans chaque département, d'un service de réponse à l'urgence sociale, dans des conditions souples définies par voie réglementaire. Au plan réglementaire, la définition d'un tel service pourrait par exemple utiliser la formulation suivante :

"Il est institué, dans chaque département, sous l'autorité du préfet, un service départemental de l'urgence sociale.

Ce service a pour mission :

- la gestion, au plan départemental, du système national de réponse aux appels téléphoniques gratuits relatifs aux besoins d'urgence des personnes sans résidence stable ;

- l'orientation des demandeurs de prestations d'urgence : accueil, hébergement, alimentation, soins primaires ou tous autres services mis en oeuvre localement, la gestion éventuelle de nuits d'hôtel ;
- l'information des institutions sanitaires et sociales, du service départemental d'action sociale, des communes, centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que l'information du public sur le dispositif de réponse aux urgences sociales ;
- la mise en oeuvre, dans des zones déterminées en fonction d'une analyse des phénomènes d'errance, de dispositifs mobiles permettant d'aller à la rencontre des personnes sans résidence stable ;
- la collecte en liaison avec l'observatoire national de la pauvreté et de la précarité, de données et d'analyses relatives à la précarité et à l'errance.

Ces missions peuvent être déléguées, par voie de conventions, à des personnes morales de droit public, à des associations ou fondations, sous la coordination du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Pour l'accomplissement de ces missions d'orientation, le service dispose de capacités d'accueil définies par conventions passées avec les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et les diverses institutions participant à l'accueil des personnes sans résidence stable."

Il est essentiel de retenir une définition ouverte permettant l'organisation d'un véritable réseau. Le choix du terme service renvoie ici à une notion fonctionnelle, et non à une catégorie administrative, à l'instar de ce que dispose le code de la famille et de l'aide sociale pour le service départemental d'aide à l'enfance, qui englobe services publics, établissements publics ou à caractère public de type foyers de l'enfance ou centres maternels, services ou établissements privés conventionnés, assistantes maternelles agréées. Il présente l'intérêt de mettre l'accent sur la nécessité d'une unité fonctionnelle, à référer aux pouvoirs de coordination de la DDASS, par rapport à des terminologies plus floues de type "dispositif" départemental.

Le parti proposé s'enracine sur la dynamique de décloisonnement constatée sur le terrain, en respectant la diversité des formules mises en oeuvre : binôme DDASS/Samu Social (Paris) ; collectif d'associations (Lille) ; collectif d'associations + CCAS ville chef-lieu (Aube) ; trinôme DDASS/collectif d'associations hébergement/logement/institution gestionnaire du numéro vert et d'un dispositif mobile (situation la plus répandue en Ile-de-France)...

Cette formulation met l'accent sur la mobilité : aller à la rencontre des sans-abri, sans imposer un modèle de façon normative. Le modèle du Samu parisien peut être étendu à quelques très grandes agglomérations, son extension à toutes les grandes villes risque d'être moins pertinente, en termes de rapport coût/efficacité, que l'appui à des formules plus légères de contact dans le cadre d'une cohérence affirmée sur l'ensemble d'une agglomération.

Les dispositifs qui recherchent la création d'une "amorce", le maintien ou le développement d'un lien social, tout en proposant quelques services relevant d'une aide à la survie (tournées du Secours catholique, de la Croix-rouge ou du Secours populaire), rendent un service utile et chaleureux, qu'il conviendrait d'articuler encore plus avec la gestion du n° vert et les processus d'accueil-orientation mis en place.

Les équipes de rue constituent également une innovation intéressante, à condition d'assurer un rattachement institutionnel favorisant leur opérationnalité : CCAS, CHRS ou autre accueil d'urgence, institution-pivot du dispositif d'orientation ... La synergie Equipes de rue/Accueil de jour peut s'avérer une piste très fructueuse pour le contact avec les jeunes "irréductibles" ou le maintien d'un lien avec les squats.

La formulation proposée marque aussi la vocation des acteurs de terrain à participer, en liaison avec le futur Observatoire national, dont la création paraît acquise, à la collecte de l'information et des analyses sur l'errance. Il suffit de participer à quelques visites de terrain et à quelques tournées nocturnes pour voir à quel point l'information recueillie peut être riche, à quel point les bénévoles ou les professionnels concernés peuvent être mobilisables sur cette démarche, mais à quel point aussi on a besoin d'éléments de cadrage horizontaux, plus larges que les indications données par une institution locale ou un réseau caritatif national.

Enfin le parti d'ouverture retenu, parce qu'il vise à ne pas écraser les initiatives de décloisonnement en cours, constitue aussi une solution économique. Le surcoût, par rapport à l'existant, peut être estimé à une trentaine de millions de francs (création de 120 postes pour des besoins de coordination, point moyen d'une fourchette de 1/2 à 2 postes nécessaires selon les départements, pour un coût salarial unitaire de 240 000 F, auxquels on peut ajouter 15 % de frais de fonctionnement).

3/ AMELIORER LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL ET SON ADAPTATION AUX BESOINS.

3.1 LA RÉNOVATION DES LOCAUX.

Dans les sites visités, un bon tiers des capacités visitées en hébergement collectif nécessiterait au moins une rénovation minimale. Certaines visites peuvent laisser une impression voisine du malaise, comme ce grand pavillon hospitalier du Val-de-Marne, qui ne rouvrira pas l'hiver prochain, et pour lequel la dictature d'une commission de sécurité avait imposé l'enlèvement de toutes les portes des chambrées, des toilettes et du bloc sanitaire, pour faciliter l'évacuation en cas d'incendie ...

Il est proposé une démarche pluriannuelle d'amélioration des conditions matérielles d'accueil dans les structures permanentes, à intégrer dans un plan d'ensemble concernant les foyers d'accueil et les CHRS, et à associer aux efforts de pérennisation des structures d'accueil temporaire.

Dans les 24 départements visités, on peut évaluer, tous établissements confondus, CHRS et foyers d'accueil, à une vingtaine le nombre de lieux nécessitant des travaux de rénovation conséquents, pour des coûts très divers s'échelonnant de 500 000 à 20 MF. En retenant de manière arbitraire l'hypothèse d'une trentaine de sites éligibles à une rénovation urgente sur l'ensemble du territoire, pour un coût moyen d'opération de 3 millions de F, et en se fondant sur un taux de subventionnement de 40 %, c'est 36 millions de F qu'il faudrait pouvoir inscrire en autorisations de programmes au chapitre 66-20 (équipement social) du budget du ministère des affaires sociales, sur l'exercice 1997 ou sur les deux exercices 1997-1998. Ces chiffres s'entendent hors Etablissement de Nanterre, qui a fait l'objet d'une enquête spécifique de l'IGAS et bénéficie d'une démarche de programmation des travaux déjà entamée.

Les concours de l'Etat seraient naturellement réservés :

- aux structures ouvertes de manière permanente, ou destinées à fonctionner toute l'année après travaux ;
- ayant fait l'objet, pour les CHRS, d'un conventionnement conforme aux orientations de la circulaire de 1991 sur les missions des CHRS ;
- souscrivant, pour toutes institutions participant à l'accueil d'urgence, à la charte de l'urgence mentionnée au point 1. de ce chapitre.

Il est par ailleurs souhaitable, dans toute la mesure du possible, que toute aide substantielle à l'investissement soit également liée à l'individualisation de quelques chambres ou studios permettant l'accueil d'urgence de couples ou de familles. Ce n'est pas impossible, même dans un établissement accueillant habituellement des hommes, comme le montre l'exemple du Foyer de l'Abbé BAZIRE à Rouen.

Pérennisation du fonctionnement et modernisation des conditions d'habitat vont souvent de pair. Même dans les structures qui ne nécessiteraient qu'un simple "ripolinage", quelques travaux légers, que pourraient largement effectuer les résidents, il est préférable de leur proposer ce contrat dans le cadre d'une structure à vocation permanente. Comment peut-on favoriser une pédagogie de l'appropriation dans des locaux précaires ou dégradés ne fonctionnant que 5 à 6 mois par an ?

L'adaptation des locaux passe par la proscription de chambres de plus de 4 ou 5 lits, ou au moins par un boxage ou un cloisonnement, le moins monotone possible, des dortoirs. Les chambres individuelles ou à deux personnes ne sont pas nécessairement les plus appropriées à l'accueil des marginaux adultes, même si quelques chambres individuelles sont toujours nécessaires pour des personnes ayant besoin d'isolement ou d'une surveillance particulière.

L'adaptation des locaux doit chercher à résoudre le problème de l'accueil des chiens. C'est souvent impraticable pour de grandes unités collectives, sauf constitution de chenils nécessitant espace, investissement, recrutement de personnel spécifique. C'est en revanche moins difficile pour de petites unités, où l'on peut installer trois ou quatre niches dans un bout de cour, de jardin ou une dépendance, avec le concours des résidents qui, dans plusieurs unités visitées, proposaient de les fabriquer. Le problème ici n'est pas tant celui de la faisabilité que celui de la tolérance du voisinage.

Enfin, l'adaptation des locaux nécessite un peu d'imagination, et n'interdit pas l'humour, comme par exemple l'imposition sur les murs d'affiches publicitaires vantant le "Club Méditerranée", la chaîne "Relais et Châteaux" ou "Center Park", dans des foyers qui n'étaient pas vraiment concurrentiels par rapport à ces entreprises, sinon par la décontraction de leurs G.O. Il serait en tout cas utile qu'au niveau central quelques hommes de l'art puissent conseiller les responsables de terrain en matière d'architecture, d'aménagement et de décoration interne, de mobilier, et diffuser l'information sur les nouveaux procédés qui se développent.

Un groupe-ressources léger, composé de vacataires ou de personnes mises à disposition à temps partiel, rattaché à la Direction de l'action sociale, pourrait jouer un rôle de stimulant dans l'amélioration de la qualité de l'hébergement. On peut en effet constater qu'à contrainte économique comparable, les efforts d'imagination et de créativité restent inégaux.

3.2 LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES.

La prise en charge des troubles psychologiques et de la violence dans les structures d'accueil d'urgence constitue nettement le principal problème, partout évoqué, auquel sont confrontés les responsables de terrain.

A un premier niveau d'analyse, l'adaptation des locaux, leur taille humaine, le comportement du personnel, le respect des résidents, tel qu'il se manifeste par exemple dans le règlement intérieur, sont des facteurs très importants de prévention des phénomènes d'agressivité et de tension.

Mais la prise en charge des personnes présentant une pathologie d'ordre psychiatrique et la conduite à tenir à l'égard des personnes en état de malaise psychologique, ou présentant des troubles du comportement, nécessitent d'organiser un soutien qui fait actuellement très largement défaut.

Quatre axes doivent être poursuivis, dont les trois premiers peuvent être largement concrétisés dans l'élaboration des schémas de psychiatrie :

- la poursuite du travail de sensibilisation des équipes psychiatriques: entamé dans quelques DDASS, il reste relativement laborieux et rencontre dans l'ensemble encore trop peu d'échos. Dans deux départements au moins, les premières réunions d'un groupe de travail spécialisé, dans le cadre de la préparation des schémas de psychiatrie, ont dû être reportées faute de psychiatres présents. Or, si l'on peut comprendre certaines craintes des équipes de secteur, qui redoutent que l'on ne se décharge sur elles de l'ensemble des phénomènes de tension, de "stress" ou de malaise perceptibles dans les lieux d'accueil, il n'est pas admissible que le contact ne soit pas établi, et que ne puisse pas être discuté un protocole de bon usage des ressources des secteurs psychiatriques.

- la mise en oeuvre d'une "psychiatrie de liaison", par identification des référents dans les CMP (centres médico-psychologiques) ou dans les services d'urgence psychiatrique, par l'organisation des connexions entre réseaux sociaux et psychiatriques, la réalisation de visites ou de permanences dans les lieux de traitement de l'urgence sociale. --

- la préparation et le suivi des sorties d'établissements spécialisés : c'est là un point particulièrement sensible pour les personnes ayant fait l'objet d'un placement d'office.

Souvent sans liens sociaux et parfois sans abri, ces malades, sortis de l'hôpital, sont confrontés à une angoisse qui peut provoquer des phénomènes de décompensation aigüe. Ceux d'entre eux qui sont dans les situations les plus précaires se retrouvent dans des situations d'extrême abandon, alors qu'ils ont été estimés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

Les sorties doivent être préparées, et la préparation des sorties faire l'objet d'un travail de collaboration entre les réseaux médicaux et sociaux. Des cellules spécialisées pourraient être expérimentées dans des hôpitaux psychiatriques, associant personnels intra-muros et extra-muros, en coopération avec des institutions sociales, expérimentation dont l'évaluation pourrait donner lieu à des prescriptions normatives généralisables à tous les établissements.

- le soutien aux équipes : il s'agit là non plus d'un travail auprès des patients, mais d'un travail de supervision, de conseil et de formation auprès des équipes chargées de traiter les urgences sociales. Il n'est pas nécessairement à prendre en charge par la psychiatrie de secteur, même si elle doit être invitée à y participer.

Deux mesures pourraient concrétiser cette orientation :

- . recruter, dans les trente départements les plus lourds, un mi-temps ou un temps plein de psychologue, rattaché au service départemental de l'urgence tel que défini ci-dessus, à la disposition des structures participant au traitement de l'urgence (coût de l'ordre de 6 millions de F) ;
- . diffuser quelques modules de formation courte sur les conduites à tenir face à la violence, sur la prise en charge de l'alcoolisme...

3.3 LA QUALIFICATION DES PERSONNELS.

Là aussi, qualification et pérennisation vont de pair. Comment demander à une structure temporaire, financée dans des conditions précaires, de consentir un investissement de formation pour des personnels sous contrat de 6 mois et des C.E.S. ? Comment faciliter la coopération entre professionnels et bénévoles, réaliser un accueil sans conditions, faire vivre un règlement intérieur respectueux de la dignité des personnes, sans un effort soutenu de sécurisation et de qualification des personnes ?

L'ébauche d'une politique de qualification suppose :

- de mandater les DRASS pour faire l'état des lieux en termes de qualification, nouer éventuellement les partenariats nécessaires au plan régional, étudier avec les DDASS un cadre d'initiatives coordonné, faire jouer à plein les ressources larges qu'offre, en matière de validation des acquis, la réglementation des cursus des professions éducatives et de l'animation, pour reconnaître et prendre en compte l'expérience de terrain des personnels de l'urgence ;

- d'inviter les DRASS et les centres de formation de travailleurs sociaux à multiplier les lieux de stage dans les lieux de réponse à l'urgence sociale et les dispositifs de coordination ;

- initier, dans deux ou trois régions test, des actions-pilotes de formation des personnels de l'urgence, en partenariat avec les conseils régionaux et les délégations des fonds d'assurance-formation ;

- mettre en oeuvre, au niveau régional, un appui technique aux structures les moins dotées, par mise à disposition de personnes-ressource ou la fourniture de conseils gratuits aux petites structures, même non adhérentes aux grands réseaux nationaux. Ce dispositif pourrait passer par des conventions avec les délégations régionales de la FNARS, les URIOPSS ou le cas échéant des collectifs ad hoc, éventuellement articulées avec une convention-cadre nationale Etat/FNARS/UNIOPSS ;

- d'inscrire dans les conventions CHRS, négociées avec les DDASS, des objectifs de qualification à moyen terme, à échéancier progressif et glissant ;

- de réfléchir avec l'UNCCAS (Union nationale des centres communaux d'action sociale) à des initiatives de dynamisation des formations des personnels des CCAS en matière d'ouverture des droits sociaux, d'instruction des dossiers d'aide médicale, d'hébergement collectif dans des unités locales ou de logement d'urgence ;

- de réaliser et diffuser quelques modules de formation courts sur les conditions de vie et d'accueil dans les foyers d'hébergement collectif, notamment sur les thématiques liées aux troubles psychologiques et à l'alcoolisme (cf point 3.2 ci-dessus) ;

- de mettre en place, dans le cadre du Fonds national de développement de la vie associative (FNDVA), vice-présidé par le ministre des affaires sociales, et dont les moyens viennent d'être significativement augmentés, un programme de formation des bénévoles de l'urgence.

Ces mesures peuvent entraîner un surcoût de 10 millions de F en année pleine :

- 6 millions pour les actions à mener au plan régional (appui technique aux petites structures, actions-pilote dans des régions-test),
- 4 millions pour les actions d'appui à mener au plan national avec des réseaux tels que ceux de l'UNIOPSS, de la FNARS ou de l'UNCCAS, et la diffusion de modules courts de formation pratique.

4/ METTRE UN TERME À LA PRÉCARITÉ DU DISPOSITIF.

Sortir de la précarité les plans de lutte contre la précarité, c'est pérenniser les structures qui doivent être ouvertes toute l'année, assurer une meilleure sécurité de gestion et de financement aux partenaires du programme, notamment en donnant un statut à des réalisations qui sont, pour certaines depuis longtemps, sorties d'un stade expérimental ; c'est enfin renforcer les moyens du suivi à l'échelon central.

4.1 PÉRENNISERCE QUI DOIT L'ÊTRE.

La condition des sans-abri n'est pas beaucoup plus facile en été ou au printemps qu'en hiver, et le sentiment d'exclusion n'est pas moindre. Si l'on ne constate pas de saturation du dispositif d'accueil en hiver, on note en revanche des tensions pendant l'été, par exemple sur certains points de l'axe rhodanien ou à Paris, où la capacité d'accueil d'urgence réduite à 900 places pendant l'été 1995 s'est avérée très tendue.

Par ailleurs, les familles ne sont pas expulsables de leur logement en hiver, mais la saison des expulsions est aussi celle où les capacités d'hébergement d'urgence sont les plus limitées.

Si l'on se fonde sur l'appréciation des besoins de pérennisation exprimés par les DDASS, et sur les possibilités de pérennisation effective, c'est au moins 3 000 places supplémentaires, parmi celles qui n'ont reçu une assurance de financement que jusqu'au 15 ou 30 avril, qui devraient être ouvertes et financées toute l'année.

L'appréciation des besoins (importance des phénomènes d'errance, facteurs spécifiques telles que nécessité d'une ouverture permanente de structures d'urgence accueillant des familles très lourdes...) est à confronter aux limites physiques, fonctionnelles ou administratives de la pérennisation. On doit si possible éviter de pérenniser des structures de configuration trop provisoire, de type préfabriqué. On ne peut pérenniser l'accueil d'urgence dans des structures dont la destination devient autre pendant l'été (auberges de jeunesse par exemple), ou des places situées dans des bâtiments libérés provisoirement par une opération-tiroir. Il faut également tenir compte de la capacité d'engagement des associations et des bénévoles, pas toujours en mesure d'assurer un accueil permanent tout au long de l'année.

Enfin, il ne faut pas négliger la dynamique de l'A.L.T. et du Plan Périsol : il s'agit bien là de capacités permanentes, dans des conditions d'accueil matériellement meilleures que celles de l'hébergement collectif. Cet élément aussi doit inciter à mettre en pratique une politique sélective prenant en considération l'adaptation des locaux et la qualité des conditions de vie.

Au-delà de l'hébergement, le processus de pérennisation doit également s'étendre :

- aux accueils de jour ; pour ces lieux d'ailleurs, qui sont le plus souvent ouverts toute l'année, la priorité est à donner à l'ouverture en fin de semaine pour ceux qui ne fonctionnent que 5 à 6 jours dans la semaine ;
- aux dispositifs mobiles ne fonctionnant pas toute l'année, ce qui est le cas de la majorité des "Samu sociaux" et de la quasi totalité des tournées assurant essentiellement le maintien d'un lien social ;

- aux dispositifs de coordination : la pérennisation des dispositifs peut accroître les charges de coordination, alors que beaucoup d'associations ou d'institutions-pivot réduisent au minimum leur engagement dans la coordination de mai à octobre.

Le coût d'un processus de pérennisation, sur une hypothèse de 3 000 places à 100 F par jour, s'élève ainsi à un ordre de grandeur de 80 millions de F, dont 54 millions pour l'hébergement ($3\ 000 \times 6 \times 3\ 000$ F).

4.2 ASSURER UNE MEILLEURE SÉCURITÉ DE GESTION ET DE FINANCEMENT AUX PARTENAIRES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA PRÉCARITÉ ET D'ACCUEIL DES SANS-ABRI.

De manière générale, c'est par une démarche de conventionnement pluriannuel, de même ordre que celle dans laquelle s'est engagé l'Etat pour la mise en oeuvre du Pacte de relance de la ville, que l'on pourra réduire la précarité des conditions de financement des institutions impliquées dans les programmes de lutte contre la précarité.

A un niveau plus détaillé de propositions, cette orientation peut être déclinée selon trois axes, avec le souci d'intégrer dans l'aide sociale tout ce qui peut l'être.

4.2.1 Transformer en CHRS les structures d'hébergement permanentes dont le projet le justifie.

La définition actuelle des CHRS est très ouverte, et a permis la prise en charge de nombreux "asiles de nuit", caractérisés par une forte rotation et des durées de séjour faible.

Rien ne s'oppose à ce que de nombreuses structures permanentes puissent acquérir le statut de CHRS. Les CROSS seraient invitées à poser quelques exigences minimales en termes d'accompagnement social : possibilité de réaliser des entretiens sociaux, existence d'un projet pédagogique de l'établissement et de modalités d'aide aux démarches d'insertion, participation à l'ouverture de droits sociaux... De nombreuses structures issues des Plans Pauvreté-précarité fonctionnent d'ores et déjà sur ce mode, et présentent l'intérêt d'offrir un travail social et une action éducative beaucoup plus "à la carte", plus dépendantes des souhaits exprimés, même si souvent plus modestes par rapport aux objectifs d'insertion, que dans des établissements maîtrisant complètement leur processus d'admission.

Il est proposé qu'un plan triennal puisse associer la modernisation des conditions d'habitat et la transformation juridique des structures, comme les plans de modernisation des hospices ont pu coupler transformation juridique et "humanisation".

Sur le plan des crédits de fonctionnement, la transformation du statut se traduit par un transfert de crédits du chapitre 47-21 (Programmes d'action sociale de l'Etat) au chapitre 46-23 (Aide sociale de l'Etat).

Ce plan pourrait également comprendre une programmation de l'augmentation des crédits de fonctionnement nécessaire pour appuyer le renforcement des moyens d'accompagnement social des structures transformées. On peut raisonnablement penser que les structures les plus éligibles à cette transformation se situent, en termes de coût par jour, autour d'une moyenne de 150 F, et qu'un renforcement des moyens d'accompagnement pourrait les porter en 3 ans à 200 F par jour (soit 72 000 F par an, pour un coût moyen annuel des CHRS de 88 000 F en 1994).

4.2.2 Donner un statut à l'accueil de jour et aux équipes de rues.

Ce sont ces structures qui connaissent aujourd'hui le régime administratif et budgétaire le plus précaire. On peut envisager, à condition de les définir légalement dans le Code de la famille et de l'aide sociale et de les faire entrer dans le champ de la loi sociale de 1975, de les conventionner au titre de l'aide sociale, et d'inscrire leur financement dans un article à créer du chapitre 46-23.

Les conditions légales ou réglementaires de ce conventionnement devraient édicter un certain nombre de prescription :

- inscription au schéma départemental de l'urgence ;
- prise en charge de l'Etat, de type forfaitaire (par exemple la prise en charge de deux à quatre postes ETP selon l'importance de l'aire desservie), pour conserver à ces dispositifs une aire limitée et un enracinement très local, et pour ne pas désinciter à un co-financement ou à une aide en nature par les communes. Equipes de rue et accueils de jour sont typiquement des réalisations qui doivent impliquer les communes ou leurs CCAS ;
- convention passée avec la DDASS au titre du Service départemental de l'urgence, concrétisant l'intégration dans le réseau départemental. Le grand risque de ces structures est en effet celui d'un relatif isolement, peut être encore plus fort pour les équipes de rue.

4.2.3 Stabiliser les conditions de financement des autres structures.

Pour l'ensemble des autres structures, d'hébergement ou pas, pérennes ou non, il importe de leur offrir un conventionnement avec horizon pluriannuel et avenant budgétaire annuel. Il importe aussi et surtout de leur assurer une chaîne de paiement fiable, avec échéancier connu à l'avance et non remis en cause par des gels successifs, aléatoires et à durée indéterminée. Les partenaires de l'Etat dans la lutte contre l'exclusion devraient pouvoir tabler sur les crédits inscrits en loi de finances initiales, et sur un échéancier des paiements non aléatoire, non soumis à la menace permanente du gel budgétaire.

La Direction de l'action sociale devrait être autorisée à organiser ses engagements selon un rythme de cet ordre : 1^{ère} délégation de crédits, par anticipation, dans les premiers jours de décembre de l'année n-1, pour 20 % de la dotation ; 2^{ème} délégation de crédits fin janvier, pour 50 % de la dotation, 3^{ème} délégation début septembre, pour les 30 % du solde. Ceci permettrait, si DDASS et Trésoreries générales sont suffisamment diligentées au plan départemental, d'aboutir à un calendrier des encassemens du 15 janvier, 15 mars et 15 octobre.

4.2.4 Conséquences juridiques et financières.

Le mouvement de transfert vers l'aide sociale évoqué ci-dessus nécessite une actualisation de la loi de 1975 pour y intégrer accueil de jour et équipes de rue.

Dans un ordre d'idées voisin, l'intégration des résidences sociales au champ de la loi sociale devrait être étudiée, puisque ces structures ont pratiquement le même régime administratif et de financement que les foyers de jeunes travailleurs, qui sont dans le champ de la planification sociale. Le critère paraît être ici l'exigence ou non d'un projet éducatif ou socio-éducatif, entraînant de ce fait la qualification d'institution sociale.

L'extension du champ de la loi sociale ne pourrait être réalisée, pour éviter des processus trop bureaucratiques ou un engorgement des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), qu'au prix de la mise en oeuvre d'une procédure simplifiée dont l'objet serait uniquement la validation de l'existence d'un projet éducatif et de conditions telles que celles posées au paragraphe 4.2.2 de ce rapport. Cette procédure simplifiée concerterait donc les structures sans hébergement (accueil de jour et équipes de nuits), et éventuellement les FJT et résidences sociales.

En tout état de cause, la définition de ces services doit faire l'objet de décrets. L'auteur de ce rapport ne partage pas l'opinion selon laquelle la définition des CHRS est suffisamment large pour inclure éventuellement l'accueil de jour. Un lien doit être maintenu entre CHRS et missions d'hébergement ; car le rompre comporterait deux risques :

- celui de diminuer l'engagement des CHRS dans l'urgence ; c'est essentiellement par l'hébergement que ces établissements sont confrontés à l'urgence ;

- celui de transformer par la loi les CHRS en service social des sans-abri, ce qui pourrait conforter le désengagement d'autres institutions à vocation généraliste, notamment le service départemental d'action sociale.

Sur le plan financier, le surcoût des mesures de transfert sur le 46-23 est difficilement chiffrable, car ne pouvant résulter que d'un examen au cas par cas. En première analyse, on peut estimer le surcoût maximal à environ 200 millions de F 1995 au terme du plan triennal (environ 10 % des dations actuelles). Ceci correspondrait à la création d'un peu plus de 10 000 places de CHRS, pour un renchérissement du coût journalier de 50 F par jour, ou plus vraisemblablement à la création de 7 000 places de CHRS et de 200 structures de type accueil de jour ou équipes de rue.

4.3 RENFORCER LES MOYENS DU SUIVI CENTRAL.

La faiblesse -en termes quantitatifs- des moyens de suivi de la Direction de l'Action sociale conduit à suggérer au moins un modeste renforcement :

- par la création d'une cellule "Qualité" (cf. point 3.1) ;
- par le dédoublement de l'unique emploi d'attaché chargé du suivi du programme.

Par ailleurs, un réinvestissement du SESI (Service des études statistiques et systèmes d'information du ministère des affaires sociales) sur les populations accueillies dans les dispositifs d'urgence est très souhaitable.

Au niveau d'un suivi statistique administratif, pouvant être assumé à la D.A.S., il conviendrait qu'on puisse disposer d'un outil "intermédiaire" pouvant donner quelques données simples, avant publication du bilan national de la campagne hivernale, qui prend généralement place fin mai ou en juin. Il est suggéré par exemple deux ou trois "instantanés" en cours d'hiver, sur une journée sur une dizaine d'indicateurs simples : capacité d'hébergement, en service, caractère permanent ou non, CHRS ou autres, tranches d'âge des résidents, accueils de jour ou dispositifs mobiles en service ...

CHAPITRE III

DE L'URGENCE À L'INSERTION

Pas plus que le souci de l'insertion ne doit faire oublier les impératifs de l'urgence, l'accent mis sur la nécessité de répondre aux urgences sociales ne doit négliger qu'une demande d'insertion existe ou peut émerger, après le temps de pause ou de décompression nécessaire.

Sans naturellement balayer toutes les politiques d'insertion, les articulations entre accueil d'urgence et insertion paraissent en priorité devoir être précisées dans trois champs :

- l'accès aux soins et le droit à la couverture santé, condition première de toute insertion ;
- l'accès au logement, les sorties des dispositifs d'hébergement d'urgence ou des dispositifs "passerelles" ;
- l'accès à la vie active des jeunes les plus lourdement en difficulté.

Il s'agit plus, dans ce chapitre, de suggérer des pistes à explorer dans le cadre de la préparation de la loi contre l'exclusion, que de formuler des propositions précises et relativement formalisées, comme dans la partie qui précède. Pour autant, l'amélioration du dispositif d'accueil d'urgence n'a pas grand sens si elle reste sans lien avec l'évolution des politiques d'insertion.

1) LE DROIT À LA COUVERTURE SANTÉ.

L'accès aux soins est une condition première de la réhabilitation des personnes, et constitue, avec la reconquête d'une identité civile, la première étape d'un parcours d'insertion. Prendre soin de soi, c'est déjà être ouvert à un avenir possible, et rompre avec une logique d'échec et d'auto-dévalorisation.

1.1 L'OUVERTURE DU SYSTÈME DE SOINS : DÉVELOPPER LES ACQUIS.

Les conditions d'accès aux soins se sont incontestablement améliorées : lits infirmiers ou permanences médicales et infirmières dans les structures, multiplication des conventions de consultations externes et premiers soins gratuits dans les hôpitaux, cellules d'accueil dans les hôpitaux. Pour poursuivre et accentuer cette évolution positive, quelques précautions sont à prendre, quelques mesures nouvelles à envisager :

- mettre fin aux conditions précaires de financement des cellules d'accueil dans les hôpitaux (subventions annuelles de la Direction générale de la santé sur crédits d'intervention, en diminution en 1996 par rapport à 1995), *en intégrant les postes ainsi créés dans la dotation globale hospitalière financée par l'Assurance maladie*. Il n'y a pas de raisons que ces postes, concourant à une mission essentielle de l'hôpital, de même nature que d'autres emplois financés sur la dotation globale (emplois du service social hospitalier, emplois administratifs du bureau des admissions ou postes infirmiers aux urgences) soient durablement financés sur des crédits d'expérimentation. A long terme, ce statut peut du reste freiner une dynamique, dans la mesure où les établissements ne concevraient d'initiative de cette nature que dans le cadre d'un financement sur crédits budgétaires de l'Etat.

Naturellement, il est impératif que ce transfert sur la dotation globale ne soit pas effectué au détriment des établissements qui se sont portés volontaires pour cette formule.

- Mandater les futures Agences régionales de l'hospitalisation, non seulement pour assurer, dans les meilleures conditions pour les établissements, le transfert évoqué au précédent tiret, mais aussi pour faciliter le développement de ce type de réalisation, au besoin par réaffectation d'une partie des économies à réaliser dans l'allocation des ressources. Sans un mandat précis, la logique de maîtrise des dépenses et d'optimisation de l'allocation des moyens risque de négliger le développement de formules permettant l'ouverture de l'hôpital aux plus démunis dans le respect de sa mission de soins.

- Articuler l'extension des lits infirmiers, ou le développement des permanences de santé dans les lieux d'accueil, avec le plan triennal structures d'accueil d'urgence/CHRS, évoqué dans le chapitre précédent.

1.2 ASSURER L'EFFECTIVITÉ DU DROIT À LA PROTECTION SOCIALE.

La réalisation d'une assurance-maladie universelle sur simple condition de résidence, conformément aux engagements du Président de la République et du Premier ministre, devrait apporter une réponse définitive au problème de l'ouverture des droits pour les plus démunis, en particulier si elle se traduit par une gestion unifiée du système de protection sociale, les organismes de sécurité sociale gérant à la fois l'assurance-maladie et des formes complémentaires d'aide médicale, éventuellement intégrées dans l'action sanitaire et sociale des Caisses.

Le problème de l'effectivité de l'accès aux droits, s'il a toutes chances d'être de ce fait considérablement simplifié, risque cependant de se poser encore pendant quelques années. Force est de constater, aujourd'hui, que les progrès importants introduits par les lois de 1988 et de 1992 sur le Revenu minimum d'insertion, par la loi de 1994 sur la protection sociale, sont très imparfaitement entrés dans les moeurs. D'ores et déjà, la totalité de la population est théoriquement couverte, au titre de l'assurance-maladie, pour la protection primaire (hors ticket modérateur ou forfait hospitalier), ou au titre de l'aide médicale, intervenant selon les cas aussi bien sur la protection primaire que sur la protection complémentaire.

Mais trop de personnes encore sont des exclues de fait, parce qu'elles ignorent leurs droits, ou parce qu'elles sont engagées dans un processus trop long de constitution ou de reconstitution de leurs droits, ou parce que la loi ne leur est pas appliquée, ou, plus souvent, mal appliquée, par adjonction de procédures ou de formalités que le législateur n'avait pas voulues.

Le besoin se fait de plus en plus sentir d'une régulation garantissant l'effectivité du Droit, qui pourrait justifier la création d'une instance nationale de médiation et d'orientation des contrôles.

Il est proposé, dans cette optique, la création d'une commission nationale pour les droits aux soins des plus démunis.

Composée de quelques personnalités qualifiées, notamment par leur engagement et leur expérience sur le terrain de l'accès aux soins, et de quelques juristes ou spécialistes des divers aspects de la protection sociale contre la maladie, elle pourrait avoir pour compétences :

- d'interpeller toute institution participant au processus d'ouverture des droits sur d'éventuelles difficultés par rapport à l'application de la loi ;
- d'exercer éventuellement des actions de respect de la légalité devant le juge administratif ;
- de suivre et d'analyser des indicateurs d'application du Droit en matière d'accès aux soins ;

- de participer à l'orientation du contrôle des DRASS sur les organismes d'assurance-maladie.

Travaillant en étroite complémentarité avec l'IGAS, à l'instar de la commission de contrôle des mutuelles, et avec les services du Médiateur, cette institution devrait n'avoir qu'un mandat limité dans le temps (trois à cinq ans), délai nécessaire pour inscrire dans les pratiques l'important mouvement d'évolution du Droit déjà largement amorcée. L'auteur de cette proposition est en effet très conscient du paradoxe qu'il peut y avoir à créer une institution spécifique pour assurer l'application de règles de droit. Mais le jeu traditionnel des procédures de contrôle est insuffisamment efficace contre les phénomènes d'inertie ou de zèle bureaucratique, les comportements d'exclusion aux guichets, et peut être sensiblement renforcé par l'intervention d'une instance nationale permettant l'interpellation des institutions et le recours à l'opinion.

Enfin, dans un tout autre registre, il convient de développer -si les dispositions visant à instaurer une assurance universelle ne réglaient pas le problème de la protection complémentaire des jeunes de moins de 25 ans, auxquels la loi de 1992 assure en principe la protection primaire- les expériences de "Mutuelles jeunes", subventionnée par les Fonds d'aide aux jeunes ou les fonds d'action sanitaire, ou les actions de prise en charge des prothèses, notamment dentaires, avec là aussi la nécessité d'associer des financements F.A.J. et de l'action sanitaire et sociale des caisses.

2) L'ACCÈS AU LOGEMENT.

Quatre axes paraissent essentiels : la prévention des expulsions, la recherche des "sorties-logement" par rapport aux dispositifs d'hébergement ou aux dispositifs "passerelles", la mobilisation sur les procédures d'accompagnement social, le développement d'opérateurs très sociaux sur le champ du logement.

2.1 LA PRÉVENTION DES EXPULSIONS.

Elle passe très certainement par une cellule départementale de prévention, rattachée au Fonds de solidarité logement, associant les services de l'Etat, du département (Aide sociale à l'enfance), de la CAF (action sociale des CAF et tutelle aux prestations sociales), de l'UDAFA (services UDAF en matière de logement et de gestion de tutelles), en liaison avec des groupements de bailleurs, sociaux ou non. Cette cellule devrait pouvoir être saisie préalablement à l'engagement de toute procédure d'expulsion.

Parallèlement, on peut s'interroger sur la nécessité d'intensifier les exigences posées en matière de gestion sociale, de prévention des impayés (déclenchement du tiers payant pour les aides au logement), de mise en oeuvre de modalités pré-contentieuses par les organismes bailleurs. Ces exigences devraient être accentuées, dans tous les cas notamment où les Fonds de solidarité-logement interviennent pour le règlement des impayés ou pour la mise en oeuvre d'une intervention d'accompagnement social destinée à assurer le maintien dans les lieux de locataires en difficulté.

2.2 LA RECHERCHE DES "SORTIES-LOGEMENT".

L'essor des formules de logement temporaire, dans le cadre du développement de l'A.L.T., des Plans de CHARME et PÉRISSOL, constitue un net progrès par rapport à des solutions précaires d'hébergement collectif, et a permis notamment d'atténuer la tension sur la réponse aux besoins des familles, auxquels répondaient mal ou insuffisamment les systèmes collectifs.

Mais de passerelle en passerelle et d'îlot en îlot, on risque de perdre de vue le terme du parcours d'insertion dans le logement.

A côté de l'outil juridique du bail-glissant, applicable à tous les logements, il faudrait pouvoir disposer **d'une formule unique de logement-passarelle dans le secteur social, évolutive et susceptible de se transformer en logement durable**, caractérisée par un loyer faible, une totale maîtrise des attributions et un suivi social adapté.

Cette formule pourrait constituer en une formulation ouverte des "logements d'insertion" : logements financés par des prêts locatifs très sociaux, dont l'attribution serait maîtrisée par une commission spéciale, dont le bail initial serait compris entre six mois et trois ans, en fonction de la demande et du profil des locataires, reconductible par périodes annuelles, et serait assorti d'une proposition d'accompagnement social dont le terme peut être plus court que celui du bail.

Dans cette approche, il n'y a plus de logements d'extrême urgence ; ils sont intégrés dans le champ des logements d'insertion. Il peut rester des logements temporaires, caractérisés par un terme d'occupation de six mois, comprenant l'offre de logement financée par l'ALT qui ne répondrait pas aux critères définis pour le logement d'insertion.

Surtout, il n'y a alors plus nécessairement de différence entre logement d'insertion et insertion dans le logement : le logement d'insertion, dans cette définition évolutive, peut être un logement durable, au-delà du terme des 18 mois actuellement déterminé, et qui comporte de fortes chances de n'être pas tenable.

L'évolutivité peut être renforcée par des chaînages mixant les divers instruments juridiques et financiers existants : première période d'occupation de six mois pendant laquelle une association ou une institution locataire perçoit l'A.L.T. ; puis le bail glisse sur la personne des occupants, qui pourront être solvabilisés grâce aux aides personnelles au logement.

Il ne s'agit là que d'une piste de propositions, mais qui peut s'avérer féconde pour dépasser un trop grand compartimentement des étapes intermédiaires d'un parcours d'insertion dans l'habitat. Que fera-t-on, dans dix-huit mois, lorsqu'on sera confronté aux échéances d'occupation des logements d'insertion mis en service au début 1996 ?

La recherche de formules décloisonnées et évolutives ne peut aboutir sans une maîtrise affirmée de l'Etat sur les procédures d'attribution des logements d'insertion. Conformément à un mouvement qui commence à se dessiner sur le terrain, il est proposé de créer des commissions départementales d'attribution des logements d'insertion, associant les services de l'Etat, des représentants des maires désignés par l'association départementale des maires, un représentant du conseil général, un représentant de la C.A.F., des opérateurs du logement très social et des personnes qualifiées en matière de lutte contre la précarité. Le niveau départemental (ou celui de l'arrondissement dans de gros départements) est préférable à un niveau très local pour favoriser une prise en compte plus large des trajectoires résidentielles des plus démunis.

Le champ des attributions serait constitué des logements d'insertion mis en service ou devenus vacants (critère du financement PLATS ou prêts assimilables), auxquels pourraient s'ajouter des logements très sociaux définis par les Programmes départementaux pour l'habitat des plus démunis ou dans les Protocoles d'occupation du patrimoine sociaux, notamment lorsque ces instruments prévoient un quota de logements adaptés ou de logements très sociaux pour toute extension du parc social.

Le Préfet aurait dans cette procédure le dernier mot - principale différence avec ce qui peut s'expérimenter actuellement sur le terrain. Ceci n'est pas illégitime pour des logements dont la construction est très aidée par le Budget de l'Etat.

Cette procédure particulière doit être conciliée avec le jeu de l'ensemble des mécanismes d'attribution :

- neutralisation des logements d'insertion dans le décompte de l'assiette du contingent préfectoral ;

- réforme des procédures d'attribution visant à en accroître la transparence et à renforcer les droits des usagers.

A ce titre, il faudrait certainement introduire des représentants du mouvement associatif dans les commissions d'attribution, et imaginer des dispositions permettant l'audition des mal-logés, après une durée à définir d'inscription au fichier des mal-logés.

2.3 LA MOBILISATION DES F.S.L SUR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL.

Une instruction conjointe des deux ministères chargés du logement et des affaires sociales serait très utile pour un meilleur ciblage de l'accompagnement social lié au logement et une mobilisation accrue des F.S.L.

Un meilleur ciblage nécessite la définition de quelques repères relatifs :

- au contenu des mesures : l'accompagnement social d'une insertion sociale dans le logement n'est pas la prise en charge de toutes les difficultés d'une famille, en lieu et place d'autres institutions sociales ;

- à l'adaptation et à la personnalisation des mesures : un jeune locataire n'a pas les mêmes besoins d'accompagnement qu'une famille dite "lourde" en difficulté de coexistence avec ses voisins ;

- à l'appréciation raisonnable des plans de charge des travailleurs sociaux, dont le portefeuille de mesures peut varier du simple au double d'une association à l'autre ;

Ces instructions devraient également, pour assurer un meilleur ciblage de l'accompagnement social, définir ce que l'on peut attendre des organismes HLM en matière de gestion sociale de leur parc.

La mobilisation accrue des FSL sur l'accès au logement pourrait passer par la définition d'indications sur les volumes d'engagements à mettre en oeuvre : il est suggéré un ratio de 40 % des engagements, hors prêts ou avances remboursables, sur le financement des mesures d'accompagnement social, avec une forte priorité pour celles qui conditionnent l'accès au logement.

2.4 FAVORISER L'ÉMERGENCE D'OPÉRATEURS TRÈS SOCIAUX.

Malgré la diversification enregistrée ces dernières années -apparition de nouvelles SA HLM, Fondation pour le logement des plus démunis, investissement de nombreux PACT-ARIM, essor des interventions des CHRS sur le terrain du logement, diversité des associations bénéficiaires de l'ALT...-, on manque encore d'opérateurs très sociaux, notamment dans les zones rurales ou semi-rurales. Surtout, l'intervention des associations rencontre assez rapidement ses limites, et c'est souvent l'insuffisance de surface financière ou la charge des coûts de gestion qui peut rendre compte d'une certaine saturation des interventions associatives, des difficultés ou des limites rencontrées dans la mise en application des dispositions les plus novatrices de la Loi BESSON.

Un programme d'appui serait nécessaire. Parmi les mesures envisageables :

- la reconnaissance des CCAS comme opérateurs A.L.T., qui paraît acquise, depuis environ trois ans, et qui se concrétisera donc prochainement ;
- la création d'un fonds de garantie pour les institutions pratiquant des baux-glissants ;
- le développement des agences immobilières à vocation sociale ;
- la mise à l'étude d'un remboursement forfaitisé des charges de gestion pour les bénéficiaires de l'ALT, avec peut-être indication de plafonds et de plafonds (15/100 logements ?), les charges de gestion étant facilement absorbables sur d'assez grandes échelles.

3) L'ACCÈS À LA VIE ACTIVE DES JEUNES EN TRÈS GRANDE DIFFICULTÉ.

Les jeunes en très grande difficulté, notamment ceux qui présentent un passé institutionnel chargé (Hôpital psychiatrique, Aide sociale à l'enfance, Institut médico-éducatif et, de plus en plus, incarcérations) ou qui sont à la rue depuis plusieurs années, sont aujourd'hui dans une impasse à peu près totale, et dont ils ont conscience.

Pas de ressources stables, pas de logement, pas d'emploi, pas de projet, sinon de l'ordre du phantasme ou de la frime ; ils n'ont de ce fait pas d'avenir, même lorsqu'ils ont du talent. La diversification des réponses à l'urgence sociale permet de les connaître et de les toucher un peu plus, mais les moyens d'une articulation avec les dispositifs d'insertion sont très limités. Les Fonds d'aide aux jeunes en difficulté, efficaces lorsqu'il s'agit d'interrompre une spirale de précarisation ou de donner le coup de pouce nécessaire pour franchir une étape d'un parcours d'insertion sociale, n'ont que très partiellement les moyens de répondre aux difficultés de ce public.

Ces jeunes ne sont pas, dans leur grande majorité, susceptibles d'accéder directement à l'apprentissage ou à un contrat de qualification, ou d'être recrutés dans une formule d'emploi aidé de type contrat initiative-emploi. La voie d'une solution passe pour eux par l'insertion par l'économique (chantiers-école et intérim d'insertion notamment, entreprises d'insertion, associations intermédiaires et régies de quartier) ou par une mise en situation professionnelle dans des activités d'utilité sociale. A cet égard, l'évolution des CES (Contrats Emploi-Solidarité) doit prendre en compte une priorité très marquée au bénéfice des jeunes orientés par les équipes sociales partenaires des missions locales et des Fonds d'aide aux jeunes.

La charge pour les institutions d'accueil de ces CES devrait être réduite à zéro pour les jeunes présentant un fort cumul de handicaps, et notamment, au-delà des conditions habituelles d'un CES, la présence d'un passé institutionnel difficile ou l'absence de domicile fixe. Ces critères seront naturellement considérés comme stigmatisants. Mais outre que la mise en oeuvre de ce principe peut être organisée de manière ouverte, par exemple par la mise à disposition des missions locales ou des FAJ d'un volant de CES à charge zéro, sur la base d'une assez large délégation de confiance, l'élément additionnel de stigmatisation ne pèserait pas lourd par rapport à la marginalité acquise.

Par ailleurs, on pourrait expérimenter un certain nombre d'assouplissements par rapport au régime actuel des CES : quotités d'activité plus diversifiées - notamment 2/5 de temps-, possibilités de détachement temporaire en entreprise, sous la responsabilité de la structure assumant le tutorat. Ces assouplissements devraient être étudiés dans une perspective de progressivité, et faciliter un objectif d'accès à l'apprentissage ou aux formations en alternance.

Enfin, la disparition du programme PAQUE, et notamment de ses modules de remobilisation des compétences, de qualification sociale ou de préparation à la vie active, a laissé un vide que les régions n'ont pas comblé. Sans doute faudrait-il pallier cette lacune, soit par la concertation, avec la conférence nationale des présidents de conseils régionaux, soit par l'obligation, en imposant par exemple des normes de financement d'actions de préparation à la vie active de jeunes en difficulté, au prorata des engagements constatés sur les formations d'ingénieurs et les filières d'excellence.

CONCLUSION

La majeure partie des propositions de ce rapport sont fondées sur une relation de confiance avec les opérateurs de terrain des actions de lutte contre la précarité, associations et CCAS notamment, et, au-delà des institutions, travailleurs sociaux et bénévoles de l'action sociale. Le travail accompli, en matière de disponibilité à l'urgence, d'accompagnement social, d'évolutivité et de créativité des interventions, est remarquable. Si toute stratégie, de lutte contre la précarité doit mettre l'accent sur le développement d'un accompagnement social personnalisé et respectueux des droits de la personne, le pendant nécessaire d'un droit à l'accompagnement social est alors la **reconnaissance de l'initiative sociale**, le soutien aux opérateurs sociaux de terrain.

Reconnaissance légale des missions de service public, définition d'un cadre ouvert et non monolithique pour des actions partenariales, sécurité des relations contractuelles, mise en oeuvre d'un appui technique ou financier, la reconnaissance concrète d'un droit à l'initiative sociale est un élément central du combat pour la cohésion sociale.

Le Secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre,

chargé de l'action humanitaire d'urgence

Paris, le 24 NOV; 1995

Monsieur l'Inspecteur général,

En tant que secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, je suis particulièrement attaché à l'efficacité et à la qualité des actions qui seront menées dans le cadre de la prochaine campagne hivernale pour l'accueil et l'hébergement d'urgence des personnes sans abri.

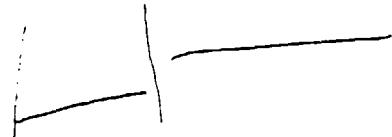
C'est pourquoi je vous charge d'une mission de suivi et d'évaluation des conditions de mise en service de la circulaire du 10 octobre 1995 relative au dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence pour l'hiver 1995-1996.

Dans l'accomplissement de cette mission, du 1er décembre 1995 au 30 mars 1996, vous vous attacherez à me signaler, ainsi qu'aux services centraux concernés, notamment la direction de l'action sociale, les difficultés de tous ordres susceptibles d'entraver la pleine application des instructions gouvernementales, les éventuelles carences ou incohérences dans les initiatives publiques ou privées. Avec les services déconcentrés de l'Etat, vous vous attacherez également à imaginer des solutions locales aux problèmes rencontrés sur le terrain.

Cette mission donnera lieu à un rapport de synthèse ayant pour objet de faire connaître et de valoriser les initiatives les plus dynamiques ou les plus novatrices de l'ensemble des opérateurs concernés (services de l'Etat, collectivités territoriales et CCAS, associations, organismes sociaux et établissements publics), et de préparer les conditions de prolongement du dispositif au-delà de l'hiver.

Vous voudrez bien me remettre ce rapport avant le 15 avril 1995.

Je vous prie d'agréer, Monsieur l'Inspecteur général, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Xavier EMMANUEL

Monsieur Michel THIERRY
Inspecteur général des affaires sociales
25-27, rue d'Astorg
75008 PARIS

Hôtel de Castrus, 72, Rue de Varennes, 75700 Paris - Téléphone : 42 75 86 66

La documentation Française : Rapport sur la mise en oeuvre du dispositif hivernal d'accueil et d'hébergement d'urgence

LISTE DES PROPOSITIONS

CHAPITRE II (pages 25 à 43) : POUR UNE ETHIQUE DE L'URGENCE.

- 1** Incrire dans la loi l'obligation d'accueil d'urgence, en déterminant les moyens de la sanctionner ;
- 2** Préciser, dans la définition légale du service départemental d'action sociale, son ouverture aux personnes sans résidence dans le département ;
- 3** Disposer, dans la révision du décret sur les CHRS, que les conventions d'aide sociale passées avec eux doivent préciser les conditions dans lesquelles ils participent à l'accueil d'urgence ;
- 4** Elaborer une charte de l'urgence sociale, inspirée d'un principe d'accueil sans conditions ;
- 5** Mieux intégrer le phénomène des "squats" dans la réponse à l'urgence ;
- 6** Créer un service départemental de l'urgence, sous une forme souple permettant le développement d'un travail en réseau ;
- 7** Engager une démarche pluriannuelle d'amélioration des conditions matérielles d'accueil ;
- 8** Proscrire les chambres de plus de cinq lits ;
- 9** Mettre en place auprès de la Direction de l'Action sociale une cellule "Qualité de l'hébergement" ;
- 10** Mettre en oeuvre une "psychiatrie de liaison" et organiser les connexions entre réseaux sociaux et psychiatriques ;
- 11** Mieux préparer et suivre les sorties d'établissements spécialisés, notamment pour les personnes ayant fait l'objet d'un placement d'office ;

- 12** Mettre en place des modalités de soutien psychologique auprès des équipes chargées de l'accueil d'urgence ;
- 13** Multiplier les stages de travailleurs sociaux dans les lieux de réponse à l'urgence sociale ;
- 14** Initier des actions-pilote de formation des personnels de l'urgence ;
- 15** Mettre en oeuvre, au plan régional, un appui technique aux structures les moins dotées, en matière de formation et de conseil ;
- 16** Incrire dans les conventions d'aide sociale des CHRS des objectifs de qualification ;
- 17** Convenir avec l'UNCCAS (Union nationale des centres communaux d'action sociale) de quelques initiatives de formation des personnels des CCAS, notamment sur l'ouverture des droits sociaux ;
- 18** Diffuser quelques modules courts de formation pratique (conduites à tenir face à la violence, l'alcoolisme, les troubles psychologiques ...) ;
- 19** Mettre en place, dans le cadre du FNDVA, un programme de formation des bénévoles de l'urgence ;
- 20** Pérenniser les places d'hébergement qui devraient être ouvertes toute l'année, en fonction de l'appréciation des besoins et des conditions de faisabilité (hypothèse de 3 000 lits supplémentaires) ;
- 21** Etendre cette démarche de pérennisation aux dispositifs mobiles (fonctionnement toute l'année) aux accueils de jour (ouverture d'un jour supplémentaire), et à la coordination du dispositif ;
- 22** Transformer en CHRS les structures d'hébergement permanentes dont le projet le justifie ;
- 23** Donner un statut à l'accueil de jour et aux équipes de rue ;
- 24** Stabiliser les conditions de financement des structures non transférables sur l'aide sociale, notamment en leur assurant une chaîne de paiement fiable ;
- 25** Instituer une procédure simplifiée d'agrément, dans le cadre de la loi sociale, pour les structures sans hébergement, les résidences sociales et les foyers de jeunes travailleurs ;
- 26** Renforcer les moyens du suivi central par la Direction de l'Action sociale.

CHAPITRE III (pages 44 à 52) : DE L'URGENCE À L'INSERTION.

- 27** Mettre fin aux conditions précaires de financement des cellules d'accueil social dans les hôpitaux ;
- 28** Mandater les futures agences régionales de l'hospitalisation pour que soient pris en compte, dans les processus d'allocation des ressources, le développement des réalisations du type "cellules d'accueil" ;
- 29** Articuler l'extension de lits infirmiers ou de permanences de santé avec la démarche pluriannuelle d'amélioration des conditions d'accueil ;
- 30** Assurer l'effectivité du droit à la protection sociale contre le risque de maladie, notamment par la mise en place temporaire d'une commission nationale pour les droits aux soins des plus démunis, dotée de pouvoirs d'impulsion et d'interpellation ;
- 31** Développer les dispositifs de prise en charge complémentaire des soins aux jeunes de - de 25 ans, notamment pour les prothèses et les soins dentaires, en partenariat entre les F.A.J. et l'action sanitaire et sociale des Caisses ;
- 32** Créer une cellule départementale de prévention des expulsions, rattachée au Fonds de Solidarité Logement ;
- 33** Mettre au point une formule unique et évolutive de logement-passarelle, absorbant - la catégorie des logements d'extrême urgence ;
- 34** Instituer des commissions spécifiques d'attribution des logements d'insertion, avec compétence décisionnelle attribuée aux Préfets ;
- 35** Réformer les procédures d'attribution de droit commun, en y introduisant les représentants du mouvement associatif et en imaginant des dispositions permettant l'audition des mal-logés ;
- 36** Mieux cibler les mesures d'accompagnement social lié au logement, et les exigences à faire valoir auprès des HLM en matière de gestion sociale de leur parc ;
- 37** Mobiliser les F.S.L. sur les mesures d'accompagnement social, avec une forte priorité pour celles qui conditionnent l'accès au logement ;
- 38** Favoriser l'émergence d'opérateurs très sociaux dans le domaine du logement ;
- 39** Créer une formule de C.E.S. à charge zéro pour les jeunes en très grande difficulté ;
- 40** Développer, dans un cadre décentralisé, des formations de remobilisation des jeunes et de préparation à la vie active ;