Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion

Rapport présenté par :

Jeannine BARBERYE, Charles de BATZ,

Jean-Patrice NOSMAS et Roland OLLIVIER

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Rapport n° 2003 040
Mars 2003

L'IGAS a procédé à un examen des différents dispositifs créés ou aménagés par la loi 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

En annexe au rapport, figure une large revue des domaines concernés au sein desquels ont été repérés quatre thèmes qui ont fait l'objet d'investigations particulières :
- le dispositif de veille sociale et d'aide financière d'urgence ;
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- les incidences du projet d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP-ND) sur les publics les plus éloignés de l'emploi ;
- la lutte contre le saturnisme infantile.

I LE DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE VEILLE SOCIALE ET D'AIDE FINANCIERE D'URGENCE.

➢ Le dispositif de veille, d'accueil et d'hébergement doit faire face aux besoins croissants de populations en difficulté. De ce fait le potentiel de prise en charge a été renforcé ces dernières années.

La demande d'hébergement, exprimée auprès du numéro d'appel gratuit (115), est en progression constante. Les caractéristiques des besoins ainsi que des publics concernés évoluent. Si le public reste majoritairement un public d'hommes isolés (65% des appelants du 115), on note une évolution du profil des personnes en difficulté (augmentation du nombre des jeunes, des familles, et des personnes connaissant des problèmes psychiatriques). Cette évolution est influencée par la forte progression du nombre des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière.

Face à l'évolution des besoins, les actions sociales d'urgence se sont renforcées à travers une diversité de services. Le 115 est généralisé, l'orientation par le service d'accueil et d'orientation des urgences épaulée par 80 équipes mobiles sur le territoire est effective.

Hors hébergement temporaire mobilisé pendant l'hiver et places réservées aux demandeurs d'asile, le nombre de places spécialisées pour l'accueil d'urgence a augmenté (il est passé de 23 600 en 2000 à 28 645 en 2002). Parallèlement, les crédits affectés à cet hébergement sont passés de 45,8 M€ en 1998 à 96,9 M€ en 2002.

La permanence du service, la maîtrise des capacités disponibles, la réactivité des structures, l'adaptation aux besoins sont des conditions d'efficacité de mieux en mieux prises en compte. La coordination des acteurs est la clé de voûte du dispositif.

➢ Malgré les efforts consentis, il reste des insuffisances

L'encombrement du 115 est aggravé par de nombreux appels polluants. Il ne dispose pas toujours de la maîtrise de l'affectation des places dans un contexte de saturation des capacités.

Trop de structures ne sont pas à même de prendre en charge des problématiques lourdes (familles, jeunes très déstructurés, mères isolées avec enfants, personnes présentant des troubles psychologiques, voire psychiatriques) En outre, la réponse à l'urgence ne permet pas l'amorce d'un travail social.

Des incertitudes sur la pérennité financière des dispositifs compromettent la professionnalisation des structures.

➢ Le pilotage du dispositif d'urgence est une condition primordiale de son fonctionnement.

L'Etat, financeur principal du dispositif d'accueil et d'hébergement et du plan hivernal d'urgence est partout reconnu comme l'animateur et le pilote naturel de cette politique. Une organisation harmonisée des données de l'urgence sociale pourrait constituer un outil de veille très précieux.

➢ En matière d'aide financière d'urgence, l'action commune est réelle mais parfois limitée par le jeu des acteurs.

La création des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) a répondu au souci de traitement coordonné des demandes financières des personnes en difficulté. Cette commission a été souvent délaissée sous sa forme plénière du fait de sa lourdeur, et certains partenaires ont des réticences ou des difficultés à participer. Par ailleurs, certaines autorités ne souhaitent pas s'intégrer dans un cadre conduisant à leur retirer l'entière maîtrise de leurs interventions. L'action des CASU a été positive au sein de leurs émanations techniques. Des solutions concrètes telles que l'élaboration de formulaires communs de demandes d'aide, la fabrication de guides ou répertoires, l'élaboration de règles communes d'attribution des aides sont très répandues.

➢ L'intérêt de disposer d'un lieu de coordination minimum est manifeste.

L'utilisation du cadre offert par la CASU sous un angle pratique a permis d'amorcer une réflexion commune à l'ensemble des acteurs de la lutte contre l'exclusion. La disposition de la loi créant *le comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions* est restée lettre morte. Sous diverses formes, la CASU a rempli les fonctions de ce comité.

Le représentant de l'Etat s'est révélé le mieux placé pour assurer l'animation et la coordination du dispositif d'aides d'urgence qui doit être utilisé dans une fonction de veille et de support stratégique. Ce rôle d'animateur doit s'effectuer en privilégiant la recherche d'organisations adaptées à la réalité et aux besoins de chaque département.

II - LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE ONT AMELIORE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION.

➢ Les permanences d'accès aux soins de santé ont été créées dans les principaux hôpitaux, leur mode d'organisation est diversifié du fait de leur environnement social.

Les 372 PASS existantes s'inscrivent dans un bon maillage du territoire. La communauté hospitalière, a contribué au succès de l'implantation des PASS. Le dispositif fonctionne bien, tant dans les grandes agglomérations qu'en milieu rural avec des préoccupations différentes liées à la nature des personnes prises en charge (personnes d'origine étrangère et sans domicile fixe en ville, personnes âgées et isolées à la campagne)

L'accent est le plus souvent mis sur l'aspect social mais des consultations médicales sont mises en place dans les grandes villes essentiellement au profit de personnes sans droits ouverts à l'assurance maladie

- La mission de la PASS tant au sein de l'hôpital qu'auprès des structures d'accueil social doit être confortée.

Si le bilan de l'association de l'assurance maladie aux actions de la PASS en termes de facilitation de l'accès aux droits est très positif, il subsiste un risque de défaut de couverture pour une partie de la population (effet de seuil du bénéfice de la CMU, étrangers sans droits ouverts).

Le fonctionnement des unités mobiles qui revêtaient un caractère expérimental n'a pas été évalué à l'échelon central. Leur nombre n'a pas atteint l'objectif initial (quatre sur huit).

Au plan interne, les acteurs hospitaliers n'utilisent pas suffisamment les services de la PASS dont le rôle doit être régulièrement rappelé. L'adaptation de sa configuration aux besoins exprimés sur un territoire devrait être encore plus recherchée.

Les partenariats noués avec le secteur social ne reposent souvent que sur des relations informelles entre travailleurs sociaux. Très peu de PASS sont intégrées dans un réseau social. *A fortiori,* elles participent peu à la coordination de l'action sociale d'urgence.

Cette insuffisance se vérifie particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. Les établissements de santé mentale s'impliquent peu dans une démarche coordonnée de prise en charge au long cours de personnes présentant des troubles importants du comportement.

Les PASS souffrent de l'absence d'outils de mesure fiables et homogènes de leur activité.

- Le succès des PASS devrait se concrétiser dans un projet du secteur social à l'hôpital et par leur inscription dans le dispositif de veille sociale.

Les hôpitaux devraient pouvoir, dans leur projet d'établissement, définir les axes d'une politique de prise en charge sociale et déterminer un projet du service social.

Une attention particulière doit être portée au problème de la délivrance des produits pharmaceutiques, aux soins et appareillages dentaires.

Il est nécessaire de mieux évaluer les besoins en construisant un système d'information adapté qui pourrait concourir à l'enrichissement de la veille sociale. Cette veille sociale serait plus opérante par la mise en réseau des professionnels et des institutions.

III - LES INCIDENCES DU PAP-ND SUR LES PUBLICS LES PLUS ELOIGNES DE L'EMPLOI.

➢ Le PAP-ND est un dispositif spécifique aux demandeurs bénéficiaires de l'allocation de retour à l'emploi.

Il individualise et contractualise les modalités de la recherche d'emploi à partir d'un prescripteur unique : l'ANPE qui dispose pour ce faire d'une palette élargie d'actions et de prestations (offre de service propre, formation, mesures globalisées de l'Etat…).

➢ Si la cohérence du dispositif est indéniable, l'évolution du nombre de radiations suscite des interrogations quant à l'exposition à la sanction des publics fragiles.

En la matière, l'agence devrait réaliser des efforts d'information sur les risques et sur les conséquences qui s'attachent au non respect des modalités d'actualisation du PAP.

➢ Le bilan quantitatif du PAP-ND apparaît satisfaisant ; sa mise en œuvre rencontre néanmoins des difficultés particulières lorsqu'il s'agit des publics les plus éloignés de l'emploi.

Au total, depuis juillet 2001, plus de 8 000 000 d'entretiens ont été réalisés dont 950 000 concernaient les chômeurs de longue durée et près de 500 000 les bénéficiaires du RMI. Pour ce faire, l'UNEDIC a contribué au recrutement d'agents supplémentaires et financé une partie des prescriptions de l'ANPE.

L'importance des flux générés par ce nouveau dispositif a suscité quelques difficultés. Les agences locales ont dû s'organiser rapidement pour assurer les entretiens prévus. De fait, l'attente aux entretiens reste longue (plus de deux heures en milieu urbain) et la durée moyenne de ceux-ci a été raccourcie par rapport aux objectifs prévus (35 minutes au lieu des 45 prescrites).

➢ Le bilan qualitatif est malaisé à établir, *a fortiori* pour les publics en difficultés.

Il n'existe pas de bilan qualitatif stricto sensu de l'impact propre du dispositif. Néanmoins, les niveaux globaux de sortie dans l'emploi, ceux concernant les publics prioritaires du SPE et les taux de mise en relation positive sur les offres d'emploi anonymes fournissent quelques éléments d'appréciation.

Les objectifs nationaux fixés pour les publics prioritaires ont été atteints pour les bénéficiaires du RMI, ils ne l'ont pas été pour les chômeurs de longue durée ni pour les jeunes demandeurs de longue durée de moins de 25 ans.

➢ Les agences, en tout état de cause, ont été confrontées aux caractéristiques des publics en situation de précarité.

Faute d'informations préalables, elles sont soumises à un exercice difficile d'adaptation de la prescription au profil supposé du demandeur d'emploi. C'est ainsi que l'agence est souvent amenée à l'occasion des actualisations du PAP à corriger la première prescription (entre le premier entretien et celui réalisé un an après, le taux de l'accompagnement renforcé passe de 12,3% à 16,4% et celui de l'accompagnement avec appui social individualisé de 0,9% à 4%).

➢ Les conditions de mise en œuvre du retour à l'emploi des publics en situation de précarité pourraient être améliorées.

Des aménagements du PAP-ND semblent indispensables pour ces publics :
- nécessité d'une identification préalable des caractéristiques des demandeurs en difficulté ;
- organisation de l'entretien et de l'élaboration du PAP particularisée afin d'affiner le processus d'inscription dans un parcours ;
- suivi renforcé jalonnant le déroulement du projet afin de limiter les risques de rupture et d'échec.

➢ Faute d'évaluation précise de l'impact et de l'efficience du PAP-ND en tant que tel, il serait prématuré de conclure que ce dispositif n'est pas en soi adapté aux publics fragiles. Ce travail reste à faire d'autant que les risques de faire prévaloir la logique de contrôle sur celle de l'accompagnement permettant une amélioration de l' employabilité subsistent fortement pour ces catégories de demandeurs.

IV LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE.

➢ L'application des dispositions prévues par la loi est très variable selon les départements

Le dépistage est encore très insuffisant. De l'entrée en vigueur de la loi à la fin 2001, 750 cas de saturnisme infantile ont été enregistrés sur une base de prescription annuelle de 3 000 plombémies. La majeure partie des déclarations se concentre dans un petit nombre de départements. Les lacunes du système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI) ne permettent pas de répertorier de façon exhaustive les actions de dépistage et les plombémies positives.

L'application des mesures d'urgence a entraîné la réalisation de 3 500 diagnostics en 2001 soit à la suite d'un signalement de risques d'accessibilité au plomb soit à la suite de la déclaration d'un cas de saturnisme infantile. Le plus souvent, les travaux de suppression de l'accessibilité accomplis en réponse à une notification faite par le préfet ne peuvent pas être réalisés par les propriétaires dans le délai légal d'un mois.

Les mesures de prévention restent limitées. En janvier 2003 seuls 51 départements ont mis en place des arrêtés de zonage imposant la réalisation d'états de risque d'accessibilité au plomb (ERAP) pour les mutations de logements construits avant 1948. Le flux d'ERAP (36 000 en 2001) ne donne lieu qu'à un très petit nombre de diagnostics. Les services de l'Etat concentrent leurs efforts sur les situations d'urgence.

La mobilisation des acteurs au plan départemental est insuffisante. Fin 2001, il n'existaient que 39 comités de pilotage *ad hoc*[1]. L'existence d'un habitat potentiellement contaminant n'est pas suffisante pour mobiliser les professionnels concernés. Les communes ont, généralement, été peu impliquées dans la lutte contre le saturnisme infantile. Les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes et les pédiatres libéraux, ne sont pas assez sensibilisés au problème.

➢ Des difficultés existent pour assurer le dépistage et procéder au traitement des logements.

La prise en charge des plombémies de dépistage par l'assurance maladie n'est que partielle ; de plus le traitement des malades n'est pas couvert à 100 % faute d'inscription de l'intoxication au plomb dans la liste des affections de longue durée.

Il est parfois difficile d'assurer l'hébergement des familles pendant la durée des travaux de prévention faute de logements disponibles.

➢ Des améliorations dans la lutte contre le saturnisme infantile sont nécessaires. Une réactualisation de l'expertise du risque est souhaitable. Au delà de ce travail épidémiologique, le pilotage et le suivi national doivent être renforcés en assurant notamment la mise en commun de bonnes pratiques. Une démarche de sensibilisation et de mobilisation de tous les acteurs concernés doit être entreprise. Le dispositif de zonage doit être simplifié.

Une plus grande responsabilisation des propriétaires et une implication accrue des collectivités locales pourraient être recherchées, notamment dans la mise en œuvre des mesures de prévention de l'accessibilité au plomb.

L'articulation entre le dispositif de lutte contre le saturnisme et celui d'éradication de l'habitat indigne est à conforter.

* *
*

Des problématiques communes ressortent de ces analyses :
- l'insuffisance des outils d'observation permanents et partagés ;
- l'absence d'indicateurs d'activité et d'efficience.

Un besoin de pilotage des dispositifs de lutte contre les exclusions est manifeste. L'Etat, selon de nombreux acteurs, est le plus à même de l'assurer. D'ailleurs, il remplit déjà ce rôle même s'il ne dispose pas de tous les instruments nécessaires à un pilotage stratégique.

[1] Ce comité réuni généralement les services compétents de la préfecture, de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale et de la direction départementale de l'équipement.

Sommaire

INTRODUCTION....4

PARTIE 1 - LE DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE VEILLE SOCIALE....6

1.1 LE DISPOSITIF ARTICULÉ DE VEILLE, D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT DOIT FAIRE FACE AUX BESOINS CROISSANTS DE POPULATIONS EN GRANDE DIFFICULTÉ....6

1.1.1 L'évolution des besoins constatés par les principaux acteurs....6

1.1.1.1 Le nombre des demandes est en augmentation constante....7

1.1.1.2 L'évolution des caractéristiques des demandeurs est significative de la déstructuration des publics concernés....7

1.1.2 Le développement des éléments du dispositif tend à réaliser l'objectif de la loi....9

1.1.2.1 La constitution d'une chaîne cohérente de prise en charge....9

1.1.2.2 La capacité disponible a connu une progression sensible ces dernières années....11

1.1.3 Un fonctionnement optimum impose la coordination du dispositif....12

1.2 MALGRÉ LES EFFORTS CONSENTIS, DES INSUFFISANCES SONT ENCORE À COMBLER....13

1.2.1 Les difficultés de fonctionnement du 115....13

1.2.2 Les capacités restent souvent insuffisantes et parfois inadaptées à l'accueil de certains publics, surtout dans les départements très urbanisés....15

1.2.3 Des problématiques lourdes sont à prendre en compte....16

1.2.4 Trop souvent, l'accueil d'urgence ne permet pas l'amorce d'un travail social dans la durée....17

1.2.5 L'articulation des réponses et la liaison au dispositif d'insertion devraient être mieux assurées....18

1.2.6 Les incertitudes sur les moyens, notamment financiers, non pérennes compromettent la professionnalisation des structures....19

1.3 LE PILOTAGE DU DISPOSITIF D'URGENCE EST UNE CONDITION PRIMORDIALE DE SON BON FONCTIONNEMENT....19

1.3.1 La responsabilité de l'Etat en ce domaine en fait le pilote naturel....19

1.3.2 Le dispositif d'urgence est un outil de veille sociale très précieux....21

PARTIE 2 - LES AIDES FINANCIERES D'URGENCE....22

2.1 L'ACTION COMMUNE EST LIMITÉE PAR LE JEU DES DIFFÉRENTS ACTEURS....22

2.1.1 La lourdeur d'une instance où tous les acteurs seraient présents est un handicap majeur à un instrument directement opérationnel....22

2.1.2 Tous les acteurs souhaitables ne peuvent ou ne veulent participer....23

2.1.3 Le désir de conserver l'entière maîtrise et la lisibilité de leurs interventions freinent beaucoup d'institutions....24

2.2 LES CONSÉQUENCES POSITIVES DE L'EXISTENCE DE LA COMMISSION PLAIDENT POUR QUE LA LOGIQUE N'EN SOIT PAS ABANDONNÉE....25

2.2.1 La CASU -ou son substitut technique ou local- est souvent devenue un lieu d'échange et d'information....25

2.2.2 Des avancées de nature technique sont le plus fréquemment constatées....25

2.2.3 Des solutions concrètes sont mises en œuvre ou recherchées....27

2.3 L'INTÉRÊT DE DISPOSER D'UN LIEU DE COORDINATION MINIMUM EST MANIFESTE....29

2.3.1 L'entrée par un objectif limité permet de disposer d'un lieu de coordination....29

2.3.2 La souplesse et la diversité de conceptions doivent être encouragées....29

2.3.3 Le dispositif doit être utilisé dans une optique de veille et pour la réflexion stratégique....30

2.3.3.1 Le suivi et l'évaluation du dispositif permettraient de disposer d'outils d'observation utiles pour faire évoluer les dispositifs et les coopérations....30

2.3.3.2 L'Etat est le mieux placé pour assurer l'animation et la coordination du dispositif....30

PARTIE 3 - LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE..... 32

3.1 LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ONT DES MODES D'ORGANISATION DIVERSIFIÉS..... 32

3.1.1 La plupart des centres hospitaliers ont installé une permanence d'accès aux soins de santé..... 32

3.1.1.1 Le bilan quantitatif est satisfaisant..... 32

3.1.1.2 Les choix d'implantation se sont avérés cohérents..... 33

3.1.1.3 Les PASS ont contribué à une meilleure intégration de la dimension sociale dans la mission de service public des hôpitaux..... 33

3.1.2 L'environnement social de l'établissement et l'engagement des professionnels influent sur les modalités d'organisation de la PASS..... 34

3.1.2.1 L'environnement social de l'établissement de santé affecte fortement les choix d'organisation de la PASS..... 34

3.1.2.2 Suivant l'engagement des professionnels ou des instances de l'hôpital, l'organisation de la PASS est plus souvent sociale que médicale..... 35

3.2 LA MISSION DES PASS AU SEIN DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE ET VIS À VIS DE LEUR ENVIRONNEMENT MÉRITE D'ÊTRE CONFORTÉE..... 37

3.2.1 Une volonté manifeste du renforcement du rôle de la PASS est exprimée par les acteurs externes et internes les plus conscients de son intérêt..... 37

3.2.2 L'assurance maladie s'est inscrite en général dans un partenariat efficace avec les établissements de santé..... 38

3.2.3 Le fonctionnement des unités mobiles et l'impact de leur implantation nécessiteraient d'être évalués..... 39

3.2.4 La PASS doit être mieux intégrée dans la vie de l'hôpital..... 41

3.2.5 Le partenariat entre l'institution hospitalière et le réseau social est insuffisant..... 42

3.2.6 L'évaluation de l'activité des PASS serait de nature à faciliter leur adaptation au service des personnes en difficulté..... 43

3.3 LE SUCCÈS DES PASS DEVRAIT LES INSCRIRE DANS LE DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE ET SE CONCRÉTISER DANS UN PROJET DU SECTEUR SOCIAL À L'HÔPITAL..... 44

3.3.1 La prise en charge de la précarité dans l'accès aux soins doit être facilitée au sein des établissements de santé..... 44

3.3.1.1 La reconnaissance institutionnelle de la politique menée en faveur des personnes en situation de précarité est à renforcer..... 44

3.3.1.2 Une attention particulière doit être portée à la fourniture des médicaments et aux soins et appareillages dentaires..... 45

3.3.1.3 L'engagement des établissements de santé doit être conforté par une couverture budgétaire de la prise en charge de la précarité dans l'accès aux soins..... 46

3.3.2 L'amélioration de la prise en charge des personnes en difficulté passe aussi par une meilleure évaluation des besoins et la coordination des acteurs..... 47

3.3.2.1 La mise en place de nouveaux PRAPS peut servir de support au renforcement de l'expertise dans la définition des besoins..... 47

3.3.2.2 La généralisation d'un recueil harmonisé d'activité et des procédures d'évaluation s'impose..... 47

3.3.2.3 L'organisation de la veille sociale au plan local et une coordination des professionnels et institutions permettraient d'améliorer le fonctionnement des PASS..... 48

PARTIE 4 - LES INCIDENCES DU PAP-ND SUR LES PUBLICS LES PLUS ELOIGNES DE L'EMPLOI..... 49

4.1 LE PAP-ND EST UN DISPOSITIF SPÉCIFIQUE AUX DEMANDEURS BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION DE RETOUR À L'EMPLOI..... 49

4.1.1 Le bénéfice de l'allocation d'aide au retour à l'emploi est soumis à de nouvelles obligations..... 50

4.1.2 Le PAP individualise et « contractualise » les modalités de la recherche d'emploi à partir d'un référent et d'un prescripteur unique : l'ANPE..... 50

4.1.3 Le PAP repose sur une palette élargie d'actions et de prestations dont l'ANPE est l'unique prescripteur..... 51

4.1.4 Les mesures mises en œuvre dans le PAP ne se substituent pas à celles destinées aux publics prioritaires du SPE..... 53

4.1.5 L'évolution du nombre de radiations suscite des interrogations quant à l'exposition à la sanction des publics fragiles *53*
4.1.5.1 La controverse sur les radiations qui oppose le mouvement associatif à l'UNEDIC et à l'ANPE repose en partie sur une lecture divergente de la finalité du PARE-PAP 53
4.1.5.2 L'interprétation de la hausse des radiations doit être nuancée 54
4.1.5.3 La hausse du nombre de demandeurs d'emploi « radiés » résulte de la combinaison de différents facteurs 55
4.1.5.4 Lors du premier entretien une partie des demandeurs ne semblent pas avoir intégré l'obligation de l'actualisation à six mois 56
4.1.5.5 Les risques auxquels s'exposent plus particulièrement les publics en difficulté semblent réels ... 56
4.1.6 Des efforts d'information sur les risques et conséquences qui s'attachent au non respect des modalités d'actualisation sont à réaliser *57*

4.2 LA MISE EN ŒUVRE DU PAP-ND A CONFIRMÉ LES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES LIÉES À LA PRISE EN CHARGE DES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS DE L'EMPLOI 58
4.2.1 La charge nouvelle de travail a été importante et s'est accompagnée dans un premier temps de tensions et de certains dysfonctionnements *58*
4.2.1.1 Les objectifs d'entrées en PAP et d'actualisations ont été globalement atteints avec des moyens humains et financiers supplémentaires 58
4.2.1.2 Le bilan qualitatif du PAP-ND est plus malaisé à établir, a fortiori pour les publics en difficulté 59
4.2.2 La montée en charge ne s'est pas réalisée sans tensions *60*
4.2.3 Les agences ont été confrontées plus fortement que par le passé aux problématiques posées par le retour à l'emploi des publics défavorisés *61*
4.2.4 L'ANPE n'a pas particularisé son offre de service pour les publics en difficulté *62*
4.2.4.1 Le PAP-ND ne distingue pas les demandeurs entre eux 62
4.2.4.2 L'agence se heurte à des difficultés supplémentaires pour les demandeurs les plus éloignés de l'emploi 62

4.3 LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU RETOUR À L'EMPLOI DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LE CADRE DU PAP-ND POURRAIENT ÊTRE AMÉLIORÉES 63

4.4 UNE ÉVALUATION PRÉCISE DE L'IMPACT ET DE L'EFFICACITÉ DU PAP-ND POUR LES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS RESTE À RÉALISER 64

PARTIE 5 – LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE 65

5.1 L'APPLICATION DES DISPOSITIONS PRÉVUES PAR LA LOI EST TRÈS VARIABLE SELON LES DÉPARTEMENTS 66
5.1.1 Le bilan quantitatif est peu satisfaisant *66*
5.1.1.1 Les signalements et l'application des mesures d'urgence sont peu nombreux 66
5.1.1.2 Les mesures de prévention restent limitées 69
5.1.2 Des difficultés d'application des dispositions prévues par la loi limitent l'efficacité du dispositif *70*
5.1.2.1 Au niveau départemental, la mobilisation des acteurs est inégale 70
5.1.2.2 La prise en charge des familles n'est pas toujours complète 72
5.1.2.3 L'hébergement provisoire des familles concernées par les travaux est difficilement mis en œuvre par les services de l'Etat 73
5.1.2.4 Des contraintes techniques allongent les délais de mise en œuvre des mesures d'urgence 74
5.1.2.5 D'autres obstacles entravent la pleine efficacité des mesures de prévention 74

5.2 DES AMÉNAGEMENTS DU DISPOSITIF SONT POSSIBLES POUR AMÉLIORER SON EFFICACITÉ 75
5.2.1 Les données de l'expertise collective de l'INSERM méritent d'être actualisées *75*
5.2.2 Une mobilisation de l'ensemble des acteurs passe par une dynamisation du pilotage et du suivi au niveau national *75*
5.2.3 Le dispositif de lutte contre le saturnisme devrait être articulé avec celui d'éradication de l'habitat indigne *76*

CONCLUSION 77

ANNEXES

INTRODUCTION

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion ont saisi l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour contribuer à l'évaluation de l'application de la loi N° 98-675 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Cette contribution fait suite à la première évaluation réalisée par l'IGAS en 2000.

La mission était composée de Mme Jeannine BARBERYE, de MM Jean-Patrice NOSMAS et Roland OLLIVIER auxquels s'est joint M. Charles de BATZ pour la deuxième partie de la mission. Elle s'est déroulée de la mi-septembre 2002 à la mi-mars 2003.

La mission a travaillé en deux temps. Elle a d'abord dressé un état des lieux à partir de bilans obtenus auprès des directions d'administration centrale des ministères, des associations et des organismes concernés par l'application de la loi. A l'issue de cette première phase, un rapport intermédiaire a identifié des sujets méritant un complément d'analyse. Ce document figure en annexe du présent rapport.

Parmi ces sujets, quatre thèmes ont été retenus par les ministres :

- l'organisation de la veille sociale et la réponse à l'urgence sociale ;
- le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- les incidences du projet d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP-ND) sur les publics en difficulté ;
- la lutte contre le saturnisme infantile.

Le rapport ne dresse donc pas, au sens strict, un bilan de l'application de la loi. Il s'attache à étudier certaines de ses dispositions et traite également d'un dispositif apparu ultérieurement dans le domaine de l'accès à l'emploi. En effet, la politique de lutte contre les exclusions s'enrichit depuis 1998 de nouvelles dispositions législatives ou de programmes dont il est nécessaire de tenir compte (éradication de l'habitat indigne, plans d'hébergement hivernaux ou spécifiques). Ainsi, le gouvernement a-t-il présenté le 12 décembre 2002, un plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion[1].

La mission a rencontré les acteurs de la lutte contre l'exclusion au niveau national ou s'est référé à leur travaux :

-les administrations centrales des ministères des affaires sociales, de la santé, de l'équipement, de l'intérieur, de l'Education nationale, des finances ;

- le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ;
- l'observatoire national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;
- des organismes de protection sociale ;
- des fédérations d'associations caritatives et gestionnaires de services intervenant auprès des exclus ;
- les représentants des collectivités territoriales : association des maires de France, assemblée des départements de France, et l'union nationale des centres communaux d'action sociale (CCAS)…

[1] Ce plan vise à « *rendre effectif l'accès aux droits et à la citoyenneté, à renforcer l'accès au logement, à améliorer les dispositifs d'accueil et d'hébergement, à améliorer l'accès aux soins et à mieux répondre aux besoins des publics précaires.* »

En outre, elle a rencontré les principaux responsables de la mise en œuvre des dispositifs correspondant aux quatre thèmes retenus dans six départements (Côte-d'Or, Indre-et-Loire, Manche, Rhône, Sarthe, Val-de-Marne).

Ces déplacements lui ont permis de visiter des structures et d'organiser des réunions de travail avec :

- les opérateurs de terrain gérant des services ou établissements (structures d'accueil d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, hôpitaux, agences locales pour l'emploi, SAMU sociaux…)
- les représentants des collectivités territoriales et leurs services ;
- des organismes de protection sociale ;
- les services de l'Etat (préfectures, directions départementales des affaires sanitaires et sociales, de l'équipement, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle)

Le rapport est organisé en cinq parties : le dispositif départemental de veille sociale, les aides financières d'urgence, les permanences d'accès aux soins de santé, les incidences du PAP-ND sur les publics en difficulté, la lutte contre le saturnisme infantile. Il dresse un état des lieux et formule le cas échéant des propositions d'adaptation des dispositifs.

PARTIE 1 - LE DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE VEILLE SOCIALE

La loi a posé l'obligation de prendre en compte les situations d'urgence sociale au niveau départemental. Elle prévoit que « *dans chaque département, est mis en place à l'initiative du représentant de l'Etat dans le département, un dispositif de veille sociale chargé d'informer et d'orienter les personnes en difficultés, fonctionnant en permanence tous les jours de l'année et pouvant être saisi par toute personne, organisme ou collectivité.* ». Complémentairement, la satisfaction de besoins financiers urgents que rencontrent les personnes démunies et qui peuvent les conduire à une désocialisation grave, fait aussi partie de la réponse à l'urgence sociale. Ce point est traité dans une partie distincte : « les aides financières d'urgence ».

Le dispositif mis en place dans la plupart des départements est constitué de divers éléments visant à répondre aux besoins des personnes en difficulté d'hébergement : un numéro d'appel téléphonique gratuit, le « 115 », un service d'accueil et d'orientation (SAO), des centres d'accueil d'urgence de nuit et de jour, des SAMU sociaux… Ils constituent un ensemble cohérent dont le point commun est de répondre à l'urgence.

Le rapport d'évaluation produit en 2000 par l'IGAS notait une rapide progression de la mise en place des dispositifs, de plus en plus permanents et diversifiés. Il pointait plusieurs difficultés encore constatées aujourd'hui et amplifiées : l'engorgement par l'accueil des étrangers demandeurs d'asile ou refoulés de ce droit et l'accueil de familles. A ces problèmes s'ajoute dans nombre de départements très urbanisés, la difficulté de faire évoluer les personnes ou familles accueillies vers des prises en charge durables ou des solutions de logement autonome.

L'organisation départementale est un dispositif de veille sociale en ce qu'elle est censée répondre aux urgences et satisfaire les besoins d'accueil immédiats des personnes en difficulté. Mais elle peut également être regardée comme un élément d'un appareil de veille sociale dans une acception plus large visant à repérer, au delà des situations particulières, les besoins auxquels les pouvoirs publics doivent se préparer à faire face. Cette fonction d' 'observatoire de l'errance' et d'alerte des pouvoirs publics est de plus en plus utile.

1.1 Le dispositif articulé de veille, d'accueil et d'hébergement doit faire face aux besoins croissants de populations en grande difficulté

1.1.1 L'évolution des besoins constatés par les principaux acteurs

Il n'existe évidemment pas de recensement fiable de la population concernée, celle-ci étant, par nature, mobile et instable. On constate cependant que les observations des opérateurs sont convergentes sur les tendances observées quels que soient les départements.

Les statistiques tenues par les gestionnaires du numéro vert sont révélatrices de la montée de la demande et de l'alourdissement des situations.

1.1.1.1 Le nombre des demandes est en augmentation constante

Les responsables des départements visités par la mission, dont la situation est différente à la fois géographiquement et sociologiquement, ont fait état du même constat. Le nombre de personnes et de familles en recherche d'un hébergement s'accroît chaque année.

Les chiffres collectés par l'observatoire du SAMU de Paris montrent, sur trois départements, la croissance (stoppée en 2001 pour Paris) des demandes d'hébergement.

Tableau n°1 Demandes et nuitées accordées de 1999 à 2001

	1999	2000	2001
Paris Demandes	338 018	581 426	542 410
Nuitées accordées	295 323	531 450	481 819
Val-de-Marne Demandes	17 243	17 583	19 140
Nuitées accordées	7 001	4 876	8 023
Val-d'Oise Demandes	4 028	2 077	2 733
Nuitées accordées	1 374	1 501	1 883

En Côte-d'Or, le nombre des appels (hors appels de plaisantins) traités par le 115 a été multiplié par 10 entre les hivers 95/96 et 2001/2002[2]. A Paris, le nombre de demandes d'hébergement entre 1997 et 2001 est passé de 178 101 à 542 410[3]. Dans le Val-de-Marne, l'augmentation est moins spectaculaire mais significative : entre 1998 et 2001 les demandes ont crû de près de 35%. Ces quelques exemples montrent la croissance inquiétante des publics concernés, mais il faut également tenir compte des demandes non satisfaites (dites « lits épuisés ») qui reflètent la saturation du dispositif en dépit des augmentations notables de capacité intervenues ces dernières années, notamment en hiver. Partout, ce phénomène est constaté en augmentation bien qu'inégalement ressenti sur le territoire (15,7% à Lyon en 2001-2002 sur 10 147 appels pour hébergement). A Tours, il y avait 89 refus sur 3 007 demandes en 1999 (3%) mais 1 023 sur 6 458 en 2002 (15,8%).

1.1.1.2 L'évolution des caractéristiques des demandeurs est significative de la déstructuration des publics concernés

A côté du constat brut de l'augmentation du besoin, les évolutions qualitatives de la population recourant aux dispositifs d'accueil et d'hébergement font l'objet d'observations convergentes qui doivent guider l'adaptation des moyens disponibles.

[2] Il faut cependant tenir compte de l'effet « notoriété » du numéro vert qui entre ces dates a été largement diffusé et accessible.
[3] Source : Observatoire du SAMU social de Paris.

Au delà des approches empiriques permettant aux opérateurs de se forger une idée des évolutions à partir de la connaissance des publics qu'ils accueillent, les données les plus complètes disponibles sont celles que recueille d'une part la FNARS à la demande de la DGAS : un comptage et un repérage des caractéristiques des personnes exprimant un besoin auprès du service téléphonique[4] effectués sur un échantillon d'appels qui porte sur deux quinzaines (en novembre et en avril) et d'autre part, celles que rassemble l'observatoire du SAMU social de Paris. L'exploitation des fiches renseignées grâce au logiciel de gestion adopté par quatre départements d'Ile de France confirme les constats recueillis dans les départements visités.

Il est regrettable que des données précises désormais disponibles restent hétérogènes, de grands départements (ceux de la région parisienne) ne pouvant y être agrégés. Quelques items communs sur les tranches d'âge ou la situation de famille des appelants pourraient, *a minima*, être adoptés…

Les principales caractéristiques actuelles de la population accueillie se reflètent dans les chiffres partiels suivants :

Tableau n° 2 Observation sur 11 000 appels dans 49 départements du 15 au 28 novembre 2002

		Age des appelants	
% hommes isolés	% femmes seules	Moins de 25 ans	25 à 60 ans
66 %	21 % dont 1/3 avec enfants	25 % dont 1% mineurs isolés	73 %

Source FNARS (lettre rapide du 27 février 2003)

Les données de l'observatoire du SAMU social de Paris rejoignent dans leurs grandes lignes ces chiffres.

Tableau n° 3 Répartition des catégories de demandeurs en région parisienne Année 2001

En %	Hommes	femmes	enfants	Moins de 30 ans	30à 60 ans
Paris	74	17,5	8,5	40	57,5
Val-de-Marne	51,5	27,5	21	54,5	42,5
Val-d'Oise	30	33,5	36,5	65	34
Hauts-de-Seine	74,5	16,5	9	32	66

Source : observatoire du « SamusocialdeParis »

On peut synthétiser ainsi ces observations :

- le public est avant tout masculin, et sa part dans le total des appelants évolue peu (65% dans l'étude de 1999); en revanche, les femmes sont de plus en plus représentées, pour la plupart accompagnées d'enfants (ainsi en Côte-d'Or, où la part des hommes ne varie pas entre 2000 et 2001, mais où celle des femmes augmente de 8,3% et le nombre d'enfants accompagnés de leurs parents augmente de 17%) ;
- les personnes isolées, et notamment les hommes, représentent la population la plus nombreuse ;

[4] La fiche renseignée, anonyme, permet de connaître l'origine de l'appel, l'âge et la situation familiale de la personne, le motif de la demande (hébergement, aide alimentaire, vestimentaire, financière, transport) et la solution apportée et, enfin, les demandes complémentaires accompagnant la sollicitation principale.

- l'augmentation de la part des familles est constatée dans la plupart des départements; à titre d'exemple, l'Indre-et-Loire où depuis 1998, la population de familles a augmenté de 40% et le nombre d'enfants concernés de 144% ; dans le Val-d'Oise, le nombre de familles monoparentales a augmenté de 34% entre 2000 et 2001 ;

- ce mouvement est largement dû à la très forte pression des demandeurs d'asile et d'étrangers en situation irrégulière, qui se présentent en famille[5] et occupent non seulement les centres qui leur sont destinés mais doivent être accueillis dans le parc non spécialisé.

A Tours, la part des étrangers dans les personnes accueillies est passée de 18% en 1999 à 50% en 2002.

- le rajeunissement de la population sans domicile qui est signalé depuis plusieurs années[6] continue d'être une préoccupation des opérateurs : dans le Rhône, les moins de 25 ans représentaient 19 % des personnes suivies dans la rue en 1999 ; ce pourcentage passe à 28 % en 2001-2002 ;

- l'apparition de catégories nouvelles pour lesquelles un accueil spécifiquement adapté n'existe pas ou est en capacité insuffisante : jeunes mineurs étrangers isolés, jeunes mères avec enfants…

- l'accroissement du nombre de personnes présentant de graves problèmes psychologiques ou psychiatriques.

1.1.2 Le développement des éléments du dispositif tend à réaliser l'objectif de la loi

1.1.2.1 La constitution d'une chaîne cohérente de prise en charge

L'action sociale d'urgence vise bien évidemment à procurer des réponses de première nécessité et de survie mais elle doit aussi permettre l'analyse des situations et l'orientation sociale. Elle doit enfin favoriser le passage de relais vers une prise en charge sociale globale d'insertion.

Dans cette optique, la diversité des services s'est accrue pour répondre aux besoins multiples des personnes à la rue et déboucher sur des solutions durables. Ces services vont de l'accueil téléphonique à la prise en charge d'une durée suffisante pour commencer un travail de resocialisation et d'insertion, en passant par des accueils sommaires ou des formules spécifiques à certains publics. Toutes ces actions, accompagnant les étapes des personnes, exigent une coordination[7].

➢ L'accueil téléphonique par le 115 et l'orientation par le SAO constituent le pivot du dispositif. Ces deux services assurent l'écoute des demandeurs, l'analyse de leur situation et leur orientation vers les structures ou moyens d'hébergement d'urgence.

Tous les départements métropolitains sont actuellement doté d'un service d'accueil téléphonique en 115.

[5] A Paris, les familles étaient en 2000 quasi exclusivement des demandeurs d'asile. En 2001, il s'agit des primo arrivants ne connaissant pas la CAFDA ou les déboutés du droit d'asile qui appellent le 115.

[6] Une étude de 1999 avait cité le chiffre de 37% de jeunes de moins de 25 ans parmi les demandeurs hors Ile-de-France. Cette disparité montre la fragilité de données partielles sur des territoires qui présentent des caractéristiques contrastées, influencées de plus par les périodes d'observation.

[7] Voir en annexe 3 l'exemple de l'organisation du dispositif en Indre-et-Loire..

➢ Les places d'accueil d'urgence (foyers de nuit et fourniture de repas). Elles sont situées dans des centres consacrés à cette fonction ou dans des structures qui réservent un contingent de places à cet effet ou encore par recours à des possibilités dispersées en hôtel ou appartements. Une fonction d'orientation est généralement assurée pendant la période d'accueil. La capacité augmente notablement pendant les périodes hivernales.

La spécificité de ces places est la courte durée de séjour permis et l'accueil essentiellement nocturne accompagné de la distribution de repas. Certaines de ces places sont dites « sans condition » en ce qu'elles offrent un service très réduit (pas de repas par exemple) mais autorise la présence d'animaux familiers et une durée prolongée de séjour. Ces places répondent aux besoins de personnes très désocialisées avec lesquelles les équipes sociales veulent maintenir le contact en dépit des fortes réticences de l'hébergé à une prise en charge minimum.

➢ L'hébergement spécifique répondant aux besoins de personnes connaissant des problèmes particuliers tels les places dites « lits infirmiers » ou hébergement médicalisé[8] permettant à la personne de demeurer dans la journée dans le centre en cas de maladie ne justifiant cependant pas une hospitalisation.

➢ Les SAMU sociaux se sont multipliés dans les départements dont l'urbanisation attire une population de passage ou sans domicile et justifie une démarche consistant à aller vers des personnes qui, d'elles mêmes, ne s'adressent pas aux services ou lieux fixes d'accueil. Ces équipes mobiles sont actuellement au nombre de 80 (au minimum, car toutes les équipes pratiquant la « maraude » ne sont pas répertoriées comme SAMU sociaux). En 2000, il en existait 50. Désormais, 59 départements disposent de ce service. La moitié environ de ces équipes sont gérées par la Croix Rouge Française. Les équipes professionnelles sont rares. Elles fonctionnent plutôt à base de bénévoles comme c'est le cas à la Croix Rouge Française où le nombre de bénévoles est considérable[9].

➢ L'accueil de jour s'est développé. Il répond aux besoins des personnes sans logement et recherchant des services minimum en termes d'hygiène, d'entretien du linge, mais aussi d'écoute. Les centres d'hébergement leur étant fermés dans la journée, cette possibilité de mise à l'abri est particulièrement utile dans les périodes de froid.

➢ L'hébergement de longue durée, dit parfois d'insertion, est le prolongement des formes d'accueil temporaires évoquées ci-dessus qui ne permettent pas un véritable travail social et de recherche de solution durable aux difficultés rencontrées.

[8] Des infections ou des troubles divers (fièvre, ennuis intestinaux) bénins et traités simplement lorsqu'on dispose d'un domicile et d'un lit au chaud, deviennent des problèmes très préoccupants lorsqu'on est à la rue…

[9] à titre d'exemples, le SAMU social de Dijon qui effectue des maraudes chaque soir en hiver et une fois par semaine le reste de l'année, associe 90 bénévoles, secouristes ou non, et un médecin présent ou d'astreinte. A Paris, la maraude d'une ou plusieurs équipes mobilise 200 bénévoles.

1.1.2.2 La capacité disponible a connu une progression sensible ces dernières années

Les chiffres détaillés pour les années antérieures ne sont pas disponibles pour apprécier la progression de la capacité d'accueil suivant ses formes. Le tableau ci-dessous détaille les capacités telles qu'elles étaient recensées au 30 novembre 2002 en distinguant les disponibilités spécifiques mobilisées pour l'hiver. Il convient de remarquer que le dénombrement des disponibilités est rendu difficile du fait de la grande évolutivité d'un parc dispersé hors des centres. En effet, la marge d'ajustement dont disposent les DDASS pour faire face aux fluctuations de la demande (grands froids, populations brusquement expulsées de logements squattés ou de campements insalubres…) réside dans le recours à des chambres d'hôtels dont les réservations ne peuvent pas toujours être programmées.

Tableau n° 4 Capacités d'hébergement

Capacités au 1er septembre 2002					Places mobilisées pour l'hiver	total
Hébergement urgence tous publics	Hébergement d'insertion	Urgence demandeurs d'asile	CADA	Total		
28 465	34 792	8 799	10 350	82 406	5 671	88 077

Source DGAS

Le rapport de l'IGAS de bilan de la loi de lutte contre les exclusions de 2000 faisait état, hors dispositif d'hiver, de 65 000 places. Plus spécifiquement, un recensement en 2000 comptait 23 600 places d'hébergement d'urgence généraliste cette même année.

On constate donc une augmentation sensible des capacités utilisées, largement imputable toutefois, aux places ouvertes pour les demandeurs d'asile.

A ces capacités s'ajoutent les possibilités ouvertes par les départements compte tenu de leurs compétences en matière de protection de l'enfance. Ils disposent de centres maternels accueillant des femmes enceintes ou accompagnées de jeunes enfants (au moins un de moins de trois ans) ou encore de places d'hébergement pour majeurs de 18 à 21 ans, dans la cadre de contrats 'jeune majeur' ou au titre de la prévention spécialisée (il n'existe pas de recensement général de ces capacités).

Les financements consacrés à l'hébergement d'urgence et d'insertion ont connu une croissance reflétant la progression des capacités. L'effort est particulièrement notable en ce qui concerne les places d'urgence et l'accueil des demandeurs d'asile en centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) et surtout en chambres d'hôtel.

Tableau n° 5 Evolution des crédits de l'Etat consacrés à l'accueil des personnes en difficulté

En millions d'€	CREDITS CHRS Chapitre 46 81 30	CREDITS ACCUEIL D'URGENCE Chapitre 46 81 20	CADA	ACCUEIL D'URGENCE DES DEMANDEURS D'ASILE
1998	367	45,8	44,5	0
1999	379	46,1	45,1	2,2
2000	390	71,9	49,6	5,2
2001	403	90,7	59,8	31,7
2002	417	96,9	91,9	66,5

Source DGAS

1.1.3 Un fonctionnement optimum impose la coordination du dispositif

Le dispositif doit certes offrir une capacité suffisante pour accueillir et héberger les personnes en difficulté mais la qualité de cet accueil et son adaptation à des situations diverses et rapidement évolutives doivent être recherchées. Les conditions d'un fonctionnement optimum dépendent de plusieurs facteurs.

- La coordination des acteurs

Un dispositif complet requiert la collaboration d'acteurs nombreux et variés. Le secteur associatif occupe une place importante aux côtés des collectivités territoriales et la mission a pu constater que les services de l'Etat jouent un rôle central dans le rassemblement des compétences, la veille quotidienne sur la disponibilité des places et l'organisation de la complémentarité des acteurs. Au demeurant, l'apport financier du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité est déterminant dans le fonctionnement des différents éléments du système.

- la permanence et la réactivité des dispositifs

L'objectif de permanence et de proximité du service est pratiquement atteint partout tant en ce qui concerne le numéro vert que les lieux d'accueil d'urgence. En principe, le service téléphonique est ouvert tous les jours et 24 h sur 24. Quelques services téléphoniques dans des départements où la permanence d'un écoutant n'est pas totalement justifiée, adoptent toutefois des modes de fonctionnement partiels, renvoyant par répondeur, à certains moments de la journée, sur les adresses de lieux d'accueil par exemple. Un système de relais vers la veille de nuit d'un établissement est souvent utilisé pour la fin de la nuit ou le début de la journée, périodes où les demandes sont plus rares. Dans l'ensemble, la permanence du service est assurée.

- la connaissance actualisée des capacités

Pour que la coordination de l'affectation des places soit une réalité, le service du 115 doit disposer de la maîtrise des entrées. Il doit pouvoir compter sur les capacités affichées par les partenaires du dispositif. A cet égard, les fonctionnements les plus satisfaisants observés par la mission sont ceux où le 115 est le pivot de l'affectation des places d'urgence[10]. Il en est le seul comptable, les centres devant lui rendre compte immédiatement de toute entrée effectuée sans son intermédiaire. A défaut de cette

[10] A Tours, par exemple, le 115 a le monopole des affectations, et peut donc résoudre les problèmes d'hébergement des personnes dites « indésirables ».

discipline, en cas de saturation des centres hors de son intervention, le service du 115 est rendu inefficace.

L'exigence de remontée journalière des capacités disponibles est parfois aménagée dans les départements où les besoins et le nombre de structures concernées sont limités. Dans ces cas, le contact direct avec les structures au cas par cas rend le même service.

Il faut en cette matière adapter les fonctionnements aux réalités locales et ne pas attendre d'un petit dispositif départemental les mêmes remontées d'information sur les structures. Ainsi, la connaissance régulière (hebdomadaire) de la capacité potentielle peut être pertinente mais celle des capacités disponibles, différentes chaque jour compte tenu de la brièveté des séjours, demande un investissement disproportionné avec l'intérêt de l'information. Celle-ci ne devrait être exigée qu'en cas de problème particulier.

- Une couverture aussi complète que possible du territoire

La mission a constaté une couverture satisfaisante du territoire urbain dans la majorité des cas (exception faite pour certaines catégories de populations voir infra). Toutefois, plusieurs difficultés lui ont été signalées concernant les zones rurales où les places sont peu nombreuses, non permanentes, et où les moyens de transport collectifs sont inexistants aux heures où le besoin se manifeste. Dans ces cas, la gendarmerie, les pompiers sont sollicités. Toutefois, le recours à ces services n'emportent pas forcément l'adhésion des bénéficiaires.

- Une professionnalisation est de plus en plus nécessaire compte tenu des nouvelles caractéristiques de la population accueillie

L'écoute au numéro vert, l'accueil d'urgence et l'orientation des personnes en grande difficulté requièrent des capacités professionnelles dont les gestionnaires des structures et services s'efforcent de disposer. Cette nécessité est d'autant plus impérieuse que la proportion de personnels non qualifiés ou bénévoles est importante. Les services téléphoniques emploient souvent des salariés en « emplois-jeunes » et les SAMU sociaux de la Croix Rouge ou d'autres associations, fonctionnent largement grâce au bénévolat. Ainsi, le SAMU de Paris organise des formations à l'accueil des personnes violentes, des victimes de maltraitance ou encore à l'évaluation des situations de danger. La Croix Rouge éprouve également le besoin de former ses bénévoles en action sociale à l'instar de ce qu'elle fait pour les secouristes.

1.2 Malgré les efforts consentis, des insuffisances sont encore à combler

1.2.1 Les difficultés de fonctionnement du 115

- Les inconvénients d'un numéro gratuit

Le numéro 115, étant accessible et maintenant largement connu, subit le sort de toutes les lignes gratuites :

- il est souvent encombré et les personnes véritablement en détresse doivent renouveler leurs appels avant de joindre un écoutant. Même s'il faut regarder avec

prudence les données issues des comptages de France-télécom, il apparaît un écart significatif entre le nombre des appels composés et le nombre des « décrochés » pouvant descendre à 26% (en juin 2001) mais se situant plutôt aux environs de 60 à 70%, la période d'hiver étant mieux couverte que les mois d'été.

- les appels polluants sont très nombreux et contribuent à l'encombrement des lignes. Les opérateurs estiment cette nuisance à environ 80 à 90 % des appels. Les solutions trouvées ne sont pas totalement efficaces[11] car elles obligent souvent les appelants et les gestionnaires à rechercher localement les palliatifs (refus des appels à partir de portables, repérage des cabines d'où émanent des appels réitérés et refus de les prendre, démarche dans les établissements scolaires repérés comme source de plaisanteries…)

Dans **l'Indre-et-Loire**, le gestionnaire du numéro d'urgence "115", l'association Entraide Ouvrière a mis en place deux lignes pour limiter l'encombrement par les appels polluants.

Un "prédécroché" par un répondeur sur une 1ère ligne fait patienter l'interlocuteur quelques instants avant d'être pris en ligne par l'écoutant de permanence.

Selon les responsables de la cellule "115 et veille sociale", cette disposition a fait chuter le taux d'appels polluants de 80 % à 18 %. Cette diminution très importante a permis de libérer du temps disponible pour les appels utiles.

Le 115 d'Indre-et-Loire a reçu 18 436 appels en 2001.

➢ Certaines demandes trouvent difficilement satisfaction

Les écoutants du 115 ne trouvent pas toujours un correspondant dans des zones éloignées du centre urbain où est concentrée la majeure partie des moyens d'accueil. Des lits isolés existent bien dans des lieux ouverts par des communes ou des associations mais leur accès suppose la disponibilité d'un bénévole ou le transport de la personne vers un centre plus équipé. Les solutions trouvées peuvent s'avérer coûteuses (recours aux taxis par exemple).

➢ Le professionnalisme des intervenants n'est pas acquis

Les personnels employés par les associations gestionnaires pour ce service se trouvent souvent dans des positions précaires (emplois jeunes) ou remplissent des fonctions non éducatives ne les préparant pas vraiment à l'écoute de personnes en difficulté (veilleurs de nuits par exemple). Les conséquences résultant de l'arrêt des contrats emplois jeunes inquiètent les gestionnaires car le leur remplacement n'est pas acquis et coût de contrats de droit commun pèserait lourdement sur leur fonctionnement.

➢ Le 115 ne dispose pas toujours de la maîtrise de l'affectation des places.

Il n'a souvent qu'un contingent réservé et même dans ce cas, se heurte à l'absence de communication par les centres de l'évolution de leurs disponibilités. Il est inévitable que les centres, au delà de l'occupation de leurs places par des personnes autorisées à conserver leur lit plusieurs jours, accueillent directement des demandeurs. La situation est inacceptable lorsque cela conduit à priver totalement le service d'accueil de possibilité de placement et le contraint à rechercher des solutions de secours en hôtel par exemple, sans pouvoir anticiper le besoin.

[11] A Lyon, où les écoutants estiment avoir mieux géré ce problème et fait diminuer le phénomène, les appels polluants restent encore en nombre supérieur à celui des appels traités (10 147 appels utiles contre 13 604 appels polluants).

1.2.2 Les capacités restent souvent insuffisantes et parfois inadaptées à l'accueil de certains publics, surtout dans les départements très urbanisés

Malgré l'augmentation des capacités, des problèmes sont souvent signalés, soit de saturation des capacités soit de manques de places spécialisées.

- Une saturation des capacités

L'afflux de publics nouveaux : demandeurs d'asile, familles étrangères sans droits, femmes en rupture familiale, jeunes errants, est une difficulté à laquelle se heurtent les 115 dans les départements fortement urbanisés, notamment en région parisienne. Dans le Val-de-Marne, 25 % des capacités sont « embolisées » par les demandeurs d'asile.

Dans les petits départements ou de taille moyenne, peu ou moins soumis à l'afflux des demandeurs d'asile ou qui ont réussi à se doter d'une organisation et d'une capacité spécialisées, le dispositif parvient à faire face aux besoins même dans les périodes de grands froids. Des tolérances de surcapacités résolvent souvent le problème. Néanmoins, les villes constituant le premier arrêt sur les grandes lignes TGV signalent un phénomène récurrent d'arrivées de personnes verbalisées dans les trains et « débarquées » dans des lieux où elles n'ont aucune attache et où des solutions doivent être trouvées en urgence, souvent de nuit.

Les conséquences des refus d'hébergement, faute de place, ne sont pas toujours connues. Toutefois, une étude du SAMU social de Paris interrogeant un jour donné une cohorte de personnes non accueillies la veille montre que trois quart des demandeurs n'ont pu trouver une solution satisfaisante et sont restées à la rue. Le recours aux nuitées d'hôtel, largement utilisé pour les familles, trouve vite ses limites dans les grandes villes pour les isolés.

Le service d'accueil et d'orientation du Val-de-Marne a constaté que 50 % des appelants du 115 déclarent se trouver à la rue depuis le jour même. Une intervention rapide est dans ces cas de nature à enrayer un processus d'errance. Ainsi que le notait la responsable de la 'maraude' de la Croix Rouge à Paris, l'absence de solution est lourde de conséquences pour les jeunes en particulier ; quelques jours dans la rue entraînant une rapide détérioration de leur capacité à réagir.

Le traitement saisonnier des capacités pose des problèmes dans de nombreux départements. Un effort accru est fait pendant l'hiver et des capacités temporaires sont ouvertes. Les équipes engagées sur le terrain sont critiques à cet égard. Elles constatent que les mouvements de population ont tendance à s'accentuer en province à partir du printemps. Lorsque les capacités supplémentaires sont fermées après l'hiver, les hébergés se retrouvent sans solution et cherchent à s'éloigner des grands centres et de nombreuses villes situées sur les axes de communication voient passer les populations mouvantes qui s'ajoutent à leurs propres publics qui ont fini par se stabiliser dans des solutions locales de fortune.

Le bon fonctionnement du dispositif suppose la fluidité des sorties. Or, dans tous les départements visités, la difficulté à faire passer les hébergés d'une phase à l'autre du parcours souhaité entre l'hébergement d'urgence, l'accompagnement d'un projet d'insertion et enfin l'accès au logement autonome, est croissante. Les disponibilités

dans le logement social sont devenues rarissimes pour ce type de public. Il en résulte le maintien prolongé, au delà des règles que se sont fixées les structures, de personnes avec qui aucun travail de fond n'est entrepris car le centre d'urgence ne dispose pas de moyens éducatifs à cet effet. La rotation obligée des accueillis entre les structures constitue également un effet pervers de cette situation.

L'insuffisance des places dans certains départements ne peut être comblée malgré la volonté de créer des structures nouvelles. Ce type d'établissement est généralement indésirable et les réticences des élus locaux et des voisinages s'expriment plus ou moins ouvertement. La peur de créer un « appel d'air » pour des publics difficiles ou de confirmer un « abcès de fixation », freine considérablement les initiatives[12]. Or, l'accord des collectivités est requis pour toute implantation. Les départements situés sur des voies de passage sont particulièrement attentifs à ne pas provoquer une « demande par l'offre ».

- Un problème particulier est posé par l'accueil de certains publics

Cet accueil reste insuffisant et sa responsabilité est contestée par certaines collectivités. L'hébergement des familles et des jeunes majeurs fait notamment l'objet d'un constat d'insuffisance. Le département est compétent pour l'accueil des jeunes mères accompagnées d'enfants mais il arrive que l'interprétation de ce partage de responsabilité soulève des contestations dont les intéressés subissent les conséquences. Cependant, dans certains départements, des solutions de compromis sont trouvées et les familles ne sont pas dissociées, le département concourant normalement au financement de places dans les CHRS. En tout état de cause, globalement, le parc disponible reste trop faible, en particulier depuis l'afflux de familles étrangères en situation irrégulière qui occupent, comme on l'a vu, une part importante des dispositifs.

L'accueil de populations jeunes ne trouve pas toujours une solution satisfaisante. Les praticiens qui sont à leur contact dans la rue estiment que pour ces publics, une prise en charge rapide doit intervenir. De plus, l'accueil d'urgence devrait vraiment être l'occasion d'engager une démarche de plus longue durée. Or les structures accueillant des publics indifférenciés sont peu propices à ce travail social.

1.2.3 Des problématiques lourdes sont à prendre en compte

Les structures d'urgence se révèlent inadaptées à la prise en charge de problématiques spécifiques, de plus en plus exigeantes. Les acteurs locaux ont particulièrement signalé à la mission l'alourdissement des situations que les centres d'urgence comme les CHRS ont de plus en plus de mal à assumer et parfois en refusent la prise en charge.

- Les familles avec enfants, les femmes isolées avec enfants, souvent sans droits sociaux en France, sont plus nombreuses et nécessitent des prises en charge de nature spécifique. Or, on constate que trop souvent ce sont des solutions de dépannage sans possibilité de travail social solide qui sont proposées (hôtels meublés par exemple).

[12] La DDASS du Val-de-Marne note que « *les municipalités sont peu volontaires pour aider à monter ou accueillir de tels projets* ».

Les familles étrangères arrivent dans un état de grand dénuement et l'intervention de plusieurs partenaires doit être enclenchée. Le fonctionnement de centres, non préparés à cette fonction, s'en trouve affecté.

➢ Les jeunes très déstructurés présentant des conduites addictives ne peuvent trouver les prises en charge qui leur sont nécessaires dans des structures « généralistes ». Ainsi, il est signalé que le centre d'accueil d'urgence de Dijon n'est pas adapté à l'accueil des jeunes bien qu'il en reçoive 150 par an.

➢ Les couples sont nombreux à se présenter aux portes des structures d'urgence alors que leur organisation n'a pas été conçue pour eux : chambres collectives voire dortoirs, problèmes de douches et toilettes… La solution habituelle est la séparation pour la nuit.

➢ Il est de plus en plus signalé la présence à la rue de personnes rencontrant de graves perturbations psychologiques voire psychiatriques. Laissées à elles-mêmes, sans vigilance quant à la prise de leur traitement, leur situation ne peut que s'aggraver. Leur présence dans les centres d'accueil est très mal supportée soit pour leur comportements violents, soit pour l'insécurité qu'elle provoque chez les autres hébergés.

➢ Dans un autre registre, la présence de communautés «organisées »[13], en général d'origine étrangère, peut écarter de fait, les publics fréquentant habituellement les établissements et crée un climat difficile à gérer par les travailleurs sociaux.

* *
*

Pour faire face à ces problématiques, des qualifications particulières sont nécessaires. Or, elles sont peu représentées bien que les caractéristiques des personnes accueillies, comme évoqué *supra*, justifieraient l'intervention de psychologues par exemple, de manière à poser un diagnostic et engager des actions adaptées. Ces personnels sont peu nombreux dans les services d'accueil téléphonique où un repérage des difficultés devrait être fait pour orienter utilement voire éviter des erreurs de placement.

1.2.4 Trop souvent, l'accueil d'urgence ne permet pas l'amorce d'un travail social dans la durée

Bien que les durées moyennes de séjours s'allongent dans les centres d'hébergement remplissant une fonction d'accueil d'urgence (du fait de l'insuffisance des solutions de sorties), il est souvent regretté qu'une action sociale ne puisse être entreprise.

Outre le fait que certaines personnes refusent ce type de prise en charge qui les engagent elles-mêmes et se soustraient pour cette raison à la simple mise à l'abri, le flux des personnes accueillies, surtout en hiver, ramène le rôle des centres à une fonction « asilaire » peu gratifiante pour les personnels.

[13] Ces communautés peuvent avoir un comportement excluant se manifestant par une occupation exclusive de l'espace, l'intimidation, des trafics divers…

Certaines structures ont intégré dans leur fonctionnement cette problématique et distinguent différents modes d'intervention. Elles ont alors des politiques sélectives suivant la population accueillie. A Dijon par exemple, les 'non Côte-d'Oriens' ne bénéficient en principe que d'un hébergement limité à 3 jours pendant lesquels est recherchée une solution avec le département d'origine. Les ressortissants du département, en revanche, peuvent séjourner 8 jours pendant lesquels est entreprise l'élaboration d'un projet d'insertion, commençant par une proposition d'hébergement durable[14]. Dans le Val-de-Marne, les durées de séjour dans les centres sont le plus souvent de 15 jours renouvelables au moins une fois. Pour certains hébergés, cette durée pourrait être mise à profit pour commencer un travail de fond mais l'affichage de la précarité de l'hébergement et les difficultés de déboucher sur des solutions d'hébergement durables dans le même département pèsent négativement sur l'action des acteurs.

Il faut enfin souligner que le recours de plus en plus massif à l'hébergement en chambres d'hôtel est particulièrement défavorable à la pratique d'un suivi social et à la construction de projets de vie stables et sécurisés. Ce sont des familles qui sont le plus souvent ainsi dépannées. Les financements d'accompagnement social dans les hébergements éclatés sont insuffisants. La dispersion[15] de ces hébergements et le changement de localisation fréquent[16] rendent en outre impossible tout travail suivi débouchant sur un projet de stabilisation et de prise en charge des enfants. Ce problème est loin d'être marginal. A titre d'exemple, en Indre-et-Loire, l'hébergement en hôtel représente une majorité des nuitées distribuées. Elles représentaient 52% du total en 1999 et 61% en 2001.

1.2.5 L'articulation des réponses et la liaison au dispositif d'insertion devraient être mieux assurées

Les dispositifs les plus efficaces doivent répondre aux problèmes immédiats mais également viser une approche globale des besoins des personnes. Pour ce faire, ils devraient disposer de moyens de diagnostic pluridisciplinaires (psychologues par exemple) et s'articuler avec les structures compétentes.

Il faut donc rechercher une organisation intégrant des prestations qui correspondent aux étapes de l'insertion des demandeurs mais aussi qui offrent une diversité de services suffisante. L'effort doit en particulier être accentué en ce qui concerne la pris en compte des problèmes psychologiques et psychiatriques. Les réseaux déjà constitués gagneraient à s'étendre aux services et établissements psychiatriques.

La mission a bien conscience toutefois que l'articulation de l'ensemble des moyens d'accueil d'urgence avec le dispositif d'insertion sociale et professionnelle ne pourra avoir que des effets limités si les perspectives de débouchés sur le logement autonome à la fin du parcours d'insertion restent aussi rares.

[14] A noter en outre que la même structure dispose de lits « sans condition » qu'elle met à disposition de personnes pour lesquelles les équipes d'insertion ont renoncé (temporairement ?) à tout travail de resocialisation.

[15] Dans le Val-de-Marne, 1 013 places sont ainsi réparties dans 506 logements situés dans 31 communes.

[16] Les conditions de logement en chambres d'hôtel qui ne permettent pas la cuisine ou la lessive rendent vite insupportable la vie des familles. La surpopulation de ces chambres provoquent également rapidement une intolérance de l'entourage.

1.2.6 Les incertitudes sur les moyens, notamment financiers, non pérennes compromettent la professionnalisation des structures

En dépit du consensus assez général sur la pertinence et la nécessité du dispositif, celui-ci fonctionne grâce à des financements multiples dont certains ne sont pas assurés dans la durée.

Il fait peu de doute que le dispositif est appelé à perdurer dans les années à venir et que les établissements devront continuer à fonctionner sinon pleinement toute l'année, au moins en maintenant un potentiel significatif. Or, la plupart des financements sont accordés sur des crédits pouvant être remis en cause chaque année. L'absence de garantie de pérennité des structures a été évoquée tant par les associations que par les responsables administratifs. Ces derniers doivent assurer la cohérence du système, l'adapter, prendre en compte les besoins nouveaux et veiller à ce que l'ensemble des responsabilités soient assumées. Les associations quant à elles, bien que chargées d'une mission de service public, vivent dans une insécurité financière qui, si elle n'a pas comporté de conséquences graves jusqu'alors, n'en demeure pas moins réelle et perçue comme une menace.

Au caractère incertain des financements de l'Etat, s'ajoute le fait que nombre de structures fonctionnent avec un personnel sous statut précaire. Leurs responsables se sont déclarés inquiets de la perspective de réduction du nombre des CES et des incertitudes sur le remplacement des emplois jeunes.

Enfin, de nombreuses structures complètent leurs moyens d'action grâce au bénévolat. On a vu que la professionnalisation est souhaitable pour ces personnels. Les gestionnaires ne peuvent l'envisager sans un minimum de garantie de durée d'existence que seule une assurance de pérennité de financement leur donnerait.

1.3 Le pilotage du dispositif d'urgence est une condition primordiale de son bon fonctionnement

1.3.1 La responsabilité de l'Etat en ce domaine en fait le pilote naturel

Bien que les acteurs publics et privés soient associés et travaillent dans l'ensemble en bonne coopération, mener à bien la construction d'un dispositif complet, s'assurer de son fonctionnement et le faire évoluer, suppose qu'un des acteurs en assume le pilotage.

L'Etat est le financeur principal du dispositif d'hébergement et du plan hivernal d'urgence. A ce titre, il lui revient d'assurer la cohérence des interventions et de suivre les évolutions des besoins pour inciter les structures à s'adapter.

Le pilotage est nécessaire pour que puissent être débattues les questions repérées par les opérateurs et envisagées de façon concertée les réponses les mieux adaptées. L'état de l'offre, l'évolution des besoins, le suivi et la mise en œuvre du schéma départemental, l'analyse des difficultés d'application du schéma et la recherche de

solutions sont autant de sujets qu'une instance de coordination et d'animation peut aborder. Le représentant de l'Etat peut y trouver matière à préciser la commande publique et définir ses priorités.

Dans la plupart des départements visités par la mission, existe une structure de pilotage dont la vocation est plus ou moins large. Elle est quelquefois limitée dans la durée et se consacre au plan hivernal d'hébergement ; mais on trouve aussi des comités permanents dont la vocation s'étend au suivi de toutes les composantes de la réponse à l'urgence sociale. A Lyon, par exemple, la réunion des intervenants n'est pas limitée à la période hivernale même si sa fréquence s'accroît à ce moment.

QUELQUES EXEMPLES D'INSTANCES DE PILOTAGE

VAL-DE-MARNE : le comité de pilotage de l'urgence sociale

Il se réunit sur convocation de la DDASS.
Il comprend : le CDAO[17], les CHRS participants à l'accueil d'urgence, le SAMU social.
Il se réunit mensuellement, en hiver.
Son ordre du jour : actualité des disponibilités, informations générales, réflexions sur des thèmes comme l'accueil de jour, les baux glissants…

COTE-D'OR : le comité de suivi du dispositif d'hébergement d'urgence

Est réuni sur convocation de la DDASS.
Il comprend : les associations gestionnaires du 115 et du SAO, des CCAS de Dijon, Montbard, CHRS, associations d'accueil hors Dijon, FJT et résidence sociale , SAMU social.
Il se réunit en principe tous les 15 jours.
Son ordre du jour : informations nationales (textes nouveaux, instructions ministérielles), point sur les éléments du dispositif, améliorations souhaitables du dispositif (ex : lutte contre les appels polluants du 115, coordination du SAMU social avec le 115 et le centre d'accueil, liens avec la police, relations avec les services du départements, les actions de communication…)

INDRE-et-LOIRE : le comité de pilotage du plan hivernal

Il est réuni sous la présidence de la DDASS, chef du pôle interministériel de lutte contre l'exclusion, d'un sous préfet ou du secrétaire général de la préfecture.
Une composition très large : collectivités territoriales (département et communes), CCAS, associations gérant ou non des structures et services (115, lieux d'hébergement), administrations de l'Etat (préfecture, DDASS, police, police municipale de Tours, SDIS).
Son ordre du jour : évaluation des besoins, informations sur le dispositif et son financement, questions diverses telles que : traitement des squats, utilisation des tickets service, coordination entre les intervenants…

Il apparaît que l'Etat est toujours à l'initiative de ces réunions et, de fait, est le pilote du dispositif. Le cas peut se présenter où un organisme ou une association reçoit mission de coordonner tout ou partie des opérations (schéma adopté dans le Val-de-Marne où le CDAO coordonne le 115 et le centre d'accueil d'urgence). Dans de telles situations, la convention qui lie l'opérateur à l'Etat lui confère la légitimité d'agir. La présence des représentants de l'Etat dans les instances de pilotage et d'évaluation permet à ce dernier de garder la maîtrise du dispositif.

[17] Centre départemental d'accueil et d'orientation.

1.3.2 Le dispositif d'urgence est un outil de veille sociale très précieux

Les données recueillies par les 115 et les SAO sont déjà utilisées au jour le jour pour adapter les capacités d'hébergement et faire face aux besoins qui se manifestent. Dans chaque département, elles sont collectées et exploitées empiriquement sans qu'un véritable rassemblement permette une connaissance globale des phénomènes qu'elles reflètent. Le dispositif constitue un observatoire privilégié du phénomène d'errance, des modifications des comportements, des besoins et des attentes des publics en grande difficulté. On pourrait envisager de nourrir les réflexions au niveau national pour infléchir les politiques, les compléter et définir les priorités sur lesquelles faire porter les moyens de plus en plus importants qui y sont consacrés. En d'autres termes, ces outils constitueraient une aide au pilotage national de cette politique.

Les recueils périodiques effectués par la FNARS représentent un premier effort d'homogénéisation. La méthode du SAMU social de Paris expérimentée depuis plusieurs années a été adoptée par d'autres départements. Elle peut inspirer une réflexion vers une harmonisation du recueil qualitatif et quantitatif des données sur le territoire adaptée aux possibilités des différents gestionnaires[18].

[18] Les moyens importants consacrés par l'observatoire du « SamudeParis » ne sont pas transposables à tous les départements mais un socle minimum commun extrait de son système d'information, combiné à la méthode employée par la FNARS donnerait sans doute une image régulière de l'évolution des besoins.

PARTIE 2 - LES AIDES FINANCIERES D'URGENCE

A côté des besoins vitaux que sont l'hébergement et la nourriture, l'urgence sociale peut prendre la forme d'un besoin financier que les revenus du travail ou les allocations et prestations diverses ne suffisent pas à satisfaire.

Pour répondre à ces situations la loi, avait prévu en son article 154, une organisation propre à *« assurer la coordination des dispositifs susceptibles d'allouer des aides, notamment financières, aux personnes et familles rencontrant de graves difficultés. »*

Les CASU (commission de l'action sociale d'urgence), prenant la suite des fonds d'urgence sociale, visaient à coordonner les multiples dispositifs existants dans le département et relevant de responsabilités diverses.

Le constat effectué en 2000 par l'IGAS relevait qu'elles étaient des instances de *« coordination des aides individuelles plus que des instances de supervision des aides d'urgence* » et qu'elles étaient «*des instances de coordination inter-institutionnelles souples ».*

Ce constat peut être confirmé aujourd'hui. Les tendances observées se sont poursuivies. Le système ne semble pas pouvoir évoluer vers une plus grande intégration des dispositifs mais, lorsqu'elles fonctionnent *a minima*, les CASU ou leur déclinaison locale (CLASU, CASUL…) montrent le bénéfice qu'on peut tirer d'un lieu de concertation et de coordination entre tous les dispensateurs d'aides financières.

Pratiquement tous les départements disposent d'une commission des aides mais les configurations de fonctionnement observées sont extrêmement diverses et vont, dans un ordre d'implication croissante des acteurs :
- de l'établissement de règles communes et de jurisprudence ;
- à la mise au point et l'utilisation d'outils communs ;
- à la concertation voire la décision d'octroi des aides à un échelon infra-départemental ;
- et, rarement, à la mutualisation des fonds consacrés aux aides d'urgence.

En outre, ces instances se retrouvent fréquemment être le seul lieu où les questions d'exclusion et des réponses à y apporter sont débattues.

2.1 L'action commune est limitée par le jeu des différents acteurs

2.1.1 La lourdeur d'une instance où tous les acteurs seraient présents est un handicap majeur à un instrument directement opérationnel

Compte tenu de l'objectif qui est de satisfaire aussi rapidement que possible des besoins essentiels, des commissions départementales pourraient difficilement prétendre se substituer aux voies habituelles de secours d'urgence.

Les institutions qui apportent des aides financières facultatives dont certaines revêtent un caractère régulier telles que les allocations mensuelles accordées au titre de

l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont nombreuses. La plupart interviennent également dans les cas d'urgence. L'instruction des demandes et les procédures de décision obéissent à l'impératif de délais réduits incompatibles avec une large représentation de tous les acteurs concernés. Toutefois, la nécessité de connaître l'ensemble de la situation et des aides éventuellement accordées par ailleurs impose un lieu de concertation. Entre les administrations de l'Etat cogérant des fonds de secours (FSL, FAJ, impayés liés au logement, fonds collégiens, fonds lycéens), les différentes collectivités, le département, les CCAS, les organismes de protection sociale (CAF, ASSEDIC), les associations caritatives ou chargées de gérer des fonds partenariaux, la dispersion des intervenants peut être un frein au traitement efficace des demandes.

La création des CASU a répondu à ces préoccupations. Les organismes ou collectivités ayant des fonctionnements divers, des règles et critères d'éligibilité propres, leur coordination est une nécessité généralement reconnue même si les modalités de coopération ne manquent pas de refléter la difficulté inhérente aux rapprochements de cette nature.

Le nombre et la diversité des intervenants (institutions, organismes, et associations) limitent donc cette instance à des travaux généraux de cadrage des interventions. Il s'agit donc d'accroître l'efficacité des aides et éviter l'incompréhension de la part des usagers devant des exigences accumulées pour une même situation.

Toutefois, la multiplicité des instances auxquelles sont conviés les participants et leur incapacité à y être assidus, leur pose problème. Ainsi, la CASU coexiste avec d'autres commissions spécialisées, parfois très récemment créées comme la commission solidarité-énergie depuis janvier 2003 en Côte d'Or. Cette remarque vaut particulièrement pour les associations dont les bénévoles sont fréquemment sollicités et qui marquent un certain essoufflement.

Dans nombre de départements, on a renoncé à réunir la CASU en instance plénière au delà de son installation solennelle, la coordination étant assurée au sein d'une commission technique et par le recours à des groupes de travail ou des instances locales.

2.1.2 Tous les acteurs souhaitables ne peuvent ou ne veulent participer

Quelle que soit la solution adoptée, il n'est pas possible d'associer la totalité des acteurs concernés. Les CCAS des petites communes notamment, sans moyens humains et à faibles possibilités financières renoncent à leur participation. Par exemple, 12 communes seulement sur les 700 que compte la Côte-d'Or participent aux travaux de la commission. Dans la Sarthe, une exigence du département prive les habitants des petites communes « non cotisantes » de l'accès au fonds d'impayés d'énergie.

Bien que l'arrêté du 11 octobre 2001 cadrant l'action sociale des CAF et évoquant les *« aides financières directes »* sous la rubrique *« prévention des exclusions »* les y autorise, les CAF adoptent des positions diverses. Souvent, leur participation aux actions d'urgence ne s'inscrit pas dans leur schéma directeur de l'action sociale. Les secours d'urgence sont d'abord justifiés par la « réparation » d'erreurs ou incidents dans la gestion des prestations et non à la résolution de situations d'urgence.

La position récente de l'UNEDIC (2002) amène les ASSEDIC à annoncer leur retrait des fonds d'impayés, créant des situations financières difficiles que les autres partenaires ne pourront combler. Bien que la décision ait été prise par les partenaires sociaux de différer son application jusqu'à la fin de 2003, la mission a noté une grande inquiétude des responsables du fonctionnement des fonds dont bénéficient pourtant nombre de leurs allocataires.

Les départements sont toujours présents dans les instances mais parfois réservés sur leur participation. Ainsi, le conseil général du Val-de-Marne subordonne-t-il son concours au fait que les 47 communes du département s'engagent formellement dans l'action.

2.1.3 Le désir de conserver l'entière maîtrise et la lisibilité de leurs interventions freinent beaucoup d'institutions

La crainte de voir les décisions engageant les finances d'une collectivité ou d'un organisme prises sans maîtrise directe par ses responsables constitue un élément fort des réticences à une intégration plus poussée du traitement des demandes. En outre, la coopération et la mise en commun des fonds permet difficilement de contrôler que les fonds de chacun sont bien utilisés au profit de ses propres ressortissants.

Ainsi, l'utilisation des fonds d'aide sociale des CAF reste un champ d'action dont les administrateurs souhaitent conserver la maîtrise. Attachés à présider les commissions d'octroi des aides, ils se réservent les décisions qui en découlent[19].

Si l'intérêt d'aborder les situations de façon globale et d'inscrire les aides dans une logique de projet avec les bénéficiaires est reconnu par tous, une des conséquences de la mise en commun d'informations précises sur les modalités d'aide où les crédits consacrés est la transparence des efforts respectifs des participants. La crainte de permettre ainsi des comparaisons entre contributeurs a été signalée à la mission comme un obstacle pour certaines collectivités.

Enfin, la participation au sein de la CASU est perçue par certains départements ou villes comme une collaboration politiquement gênante avec l'Etat ou d'autres collectivités. Dans ces cas, le rôle de la CASU reste limité à des rapprochements techniques qu'il convient de ne pas trop afficher.

[19] Néanmoins, il existe fréquemment des délégations permettant aux directeurs de traiter les cas les plus urgents sur présentation du dossier par un travailleur social.

2.2 Les conséquences positives de l'existence de la commission plaident pour que la logique n'en soit pas abandonnée

2.2.1 La CASU -ou son substitut technique ou local- est souvent devenue un lieu d'échange et d'information

La mission a constaté que la fréquence des réunions de la CASU s'est espacée au fil des années pour cesser complètement dans la majorité des cas. Lorsque ses émanations continuent d'être réunies, elles permettent au moins que les acteurs, et en particulier les associations, soient associés à une réflexion commune à partir d'informations partagées.

Les configurations de travail sont fort variées mais leur résultat évident est qu'elles offrent un lieu très intéressant de connaissance et d'information réciproques. On peut citer par exemple l'organisation adoptée en Haute-Garonne où coexistent deux formations : une coordination des aides financières est pilotée par la direction de la solidarité départementale (DSD) et suit le dispositif de cinq instances territorialisées ; et un comité des directeurs chargé de faire des préconisations stratégiques à la CASU plénière associe la DDASS la DSD, la CAF, la CRAM et la CPAM.

Dans d'autres départements, l'option a été de concentrer le travail commun au niveau départemental dans des groupes de travail sur des sujets précis, par exemple sur les problèmes des dépenses d'énergie non seulement en direction des usagers mais aussi afin d'informer et sensibiliser les bailleurs (cas de la Côte-d'Or).

Si la CASU est exceptionnellement considérée comme un lieu de coordination stratégique, elle reste la seule instance, au moins au plan technique, où la plupart des parties prenantes à la lutte contre l'exclusion se retrouvent. On peut même dire qu'elle s'est substituée localement au comité 'avorté' prévu par l'article 155 de la loi[20]. A cet égard, l'exemple du Val-de-Marne où un arrêté a été pris pour créer cette instance qui n'a été réunie qu'une fois mais qui fait jouer à la commission technique de la CASU le rôle de réflexion et d'information est illustratif. C'est à cette instance que sont présentées les informations générales (évolution de la réglementation ou politique nationale) et départementales (point de la situation dans le département) et qu'ont été présentés les projets de tableaux de bord de suivi de la lutte contre l'exclusion préalables à l'élaboration d'un plan départemental.

2.2.2 Des avancées de nature technique sont le plus fréquemment constatées

Lorsqu'elles fonctionnent sur le terrain technique, les commissions ont fait notablement progresser les conditions d'une coopération efficace entre les intervenants. Désormais, nombre de départements disposent d'outils communs, résultant de travaux en eux mêmes riches de rapprochements entre les services ou les institutions.

[20] Comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions

Les résultats les plus tangibles et les plus fréquents portent sur :

- l'élaboration de règles communes d'attribution des aides : règles d'instruction, critères d'accès et, parfois fixation d'une jurisprudence de traitement des cas complexes[21] ;

- l'élaboration d'un formulaire commun de demande d'aide. L'usage d'un tel outil conduit les participants à s'interroger conjointement sur l'accompagnement du demandeur et le rôle des travailleurs sociaux, concrétisé par exemple par une fiche d'évaluation socio-économique commune[22].

- l'instauration d'un organisme référent qui répond immédiatement à l'urgence et instruit la demande sous tous ses aspects ou, si l'aide ne relève pas de lui, évalue la situation, traite la partie qui le concerne et oriente le demandeur après s'être assuré de la prise de relais en identifiant le référent auquel est adressé l'usager. (Charte élaborée dans la Sarthe ou en Indre-et-Loire) ;

- la fabrication de guides de procédures et de répertoires des aides sous forme d'un classeur ou d'un volume largement distribué aux travailleurs sociaux, associations et autres intervenants. L'inconvénient majeur de cette formule est la difficulté de la maintenir à jour[23]. C'est pourquoi le choix du support CDROM régulièrement diffusé est également fait dans l'attente d'un recours plus systématique aux possibilités de mise des données sur un réseau INTERNET.

D'autres collaborations intéressantes sont à noter :

- certains départements ont pu adopter des barèmes unifiés, ce qui rend particulièrement lisibles les dispositifs pour l'usager ; c'est déjà le cas en Indre-et-Loire et en Haute-Garonne où une réflexion sur un quotient social unique est en cours.

- la formation commune des personnels d'accueil qui accompagne l'utilisation d'outils communs et permet une meilleure connaissance réciproque des institutions est une initiative appréciée. En Côte-d'Or, des formations, assurées par le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et jusqu'alors financées sur des crédits de la politique de la ville, portent sur l'accueil des personnes en situation de précarité, sur la gestion des situations de violence. Elles durent trois jours et chaque session concerne douze personnes. Deux sessions ont eu lieu en 2000 et 2001 et une session s'est déroulée en 2002. En Haute-Garonne, des formations inter-institutionnelles des agents d'accueil a été expérimentée et va être généralisée.

La mission a recueilli de nombreux témoignages de satisfaction de pouvoir enfin décloisonner les interventions en faveur des populations les plus fragiles justifiant précisément une approche globale. Ce résultat est à mettre à l'actif de la démarche enclenchée par la CASU.

[21] Il arrive également qu'une instance restreinte de la commission départementale joue un rôle d'instance d'appel des décisions prises localement.

[22] Parfois très complète comme celle de la Côte-d'Or qui comporte six pages et a été adoptée par tous les services recevant les usagers.

[23] Difficulté accentuée lorsque le document comporte des données très évolutives comme le nom des contacts dans les structures.

2.2.3 Des solutions concrètes sont mises en œuvre ou recherchées

➢ Des tentatives d'accueils coordonnés

La coopération aboutie entre les acteurs a quelquefois été présentée telle la mise en place de guichets uniques simplifiant la démarche des usagers. Toutefois, il y a peu de réalisations en ce sens. On peut d'ailleurs penser qu'au sens plein du terme, ce concept reste assez irréaliste. Il suppose en effet, soit la création de postes polyvalents nouveaux et coûteux, soit un rassemblement de spécialistes dans le même lieu, ce qui est peu compatible avec la volonté d'offrir un service de proximité, donc multiplié. Lorsque des lieux regroupant les services publics sociaux existent ponctuellement, ils juxtaposent les ressources et présentent l'avantage d'un accueil commun et d'une orientation immédiate. Quelle que soit l'origine du travailleur social qui accueille, le dossier est analysé selon des critères uniformes et le demandeur peut être immédiatement orienté.

➢ Des commissions locales permettent un traitement commun

Fréquemment, des commissions délocalisées ont été mises en place pour rapprocher les lieux d'instruction et de décision de l'usager. Dans le Val-de-Marne, cinq commissions d'aide sociale d'urgence locales correspondant à des territoires communaux avaient été créées mais seules subsistent celles où une coordination préexistait. Le même constat est fait en Haute-Garonne avec les cinq CORAFIN[24] qui mobilisent les fonds des participants qui en gardent toutefois la gestion. Dans la Manche, une expérimentation a été faite à Equeurdreville où une commission examine chaque quinzaine les dossiers complexes et où les participants peuvent prendre les décisions immédiatement. Là encore, le champ territorial est limité à celui du CCAS.

Les tentatives de territorialisation de l'action fonctionnent le plus souvent sur un champ volontairement limité (fonds d'impayés). A Beaune, en Côte d'Or, la DDASS a été à l'initiative d'une coordination démarrant sur les fonds d'impayés à l'échelle de l'arrondissement et dont on espère élargir le champ jusqu'à la construction d'un plan local de lutte contre l'exclusion.

[24] Coordination des aides financières

Beaune en **Côte-d'Or**

« L'Etat et le Conseil général mettent en place un dispositif territorialisé de pilotage et de coordination des actions de lutte contre les exclusions »

Les objectifs prioritaires :

Appréhender au niveau du territoire, dans une perspective d'approche globale des situations, les besoins des publics dans les différents domaines : santé, emploi, urgence sociale, logement.

Assurer une articulation plus efficace des politiques publiques

Mobiliser les acteurs

Développer les procédures et les instances de coordination appropriées

Encourager une mise en réseau territorialisée des différents intervenants

Un nouveau dispositif :

dont le territoire est l'arrondissement de Beaune

Création d'une instance locale de pilotage et de coordination des actions contre les exclusions (logement, santé, emploi, urgence sociale, prévention…) dénommée

Commission Locale de Lutte contre les Exclusions

CLE

Déconcentration et regroupement des commissions d'attribution d'aides financières (Fonds Impayés Energie, Fonds d'Aide aux Jeunes, Fonds Solidarité Logement…) en une commission locale unique dénommée

Commission Locale d'Attribution des Aides Financières

CLAAF

➢ Un travail commun entre techniciens

Généralement, des commissions techniques dont le travail est concret regroupent fonctionnaires et représentants d'associations. Dans un grand département comme le Val-de-Marne, elle rassemble toutefois jusqu'à 55 personnes quand les CCAS s'y font représenter mais a pu mener à bien plusieurs chantiers, malheureusement compromis pour certains, ensuite par une absence de décision politique. C'est ainsi que le formulaire commun n'a pas été mis en service alors que le guide des aides a été diffusé.

En Côte d'Or, un bureau comprenant les principaux acteurs (CAF, CG, CCAS de Dijon, la DDASS) peut se réunir en urgence et traiter de cas spécifiques complexes faisant jurisprudence.

Dans la Sarthe, la commission technique de composition large[25] a travaillé régulièrement, débouchant sur une coordination des dispositifs d'aides liées au logement, un guide des procédures, une charte départementale « *accueil polyvalent-instance référente-examen global de la situation* ».

➢ Des tentatives pour combler les failles entre les dispositifs

Les crédits de l'Etat sont parfois utilisés directement pour répondre à des besoins que les collectivités ne prennent pas en considération pour des raisons de « territorialité ». Départements et communes acceptent d'aider les populations résidant sur leur territoire en exigeant une ancienneté de résidence. Cela laisse sans recours les errants ou nouveaux arrivés. Pour ces derniers, les associations sollicitées sur leurs

[25] Elle comprend : La DDASS, la DISS (direction des interventions sociales de Sarthe), la DDE, l'Inspection académique, la CRAM, la CAF, sept CCAS, l'UDAF, la mission locale et la PAIO.

fonds propres ou par convention avec l'Etat apportent l'aide financière demandée. Ponctuellement, subsistent des régies d'avances gérées directement par les DDASS[26].

- Une formule souple et rapide se substituant aux espèces ou chèques

La délivrance d'un chèque retarde la mise à disposition des fonds dont la personne a cependant un besoin urgent. Par ailleurs, pour des raisons de sécurité, les services accueillant le public hésitent à détenir des espèces sur place. Un instrument souple et rapide de secours est fréquemment utilisé sous forme de « chèques service ». Son intérêt est double : son échange est réservé à des dépenses de survie (alimentation, hygiène) et ils peuvent être délivrés immédiatement par les travailleurs sociaux dont les décisions font l'objet de validations ultérieures.

2.3 L'intérêt de disposer d'un lieu de coordination minimum est manifeste

Le bilan nuancé du fonctionnement des commissions censées améliorer les réponses aux besoins financiers urgents ne doit pas cacher que l'essentiel des objectifs de coordination et de réalisations concrètes facilitant le traitement coordonné des demandes des usagers a été atteint grâce à un patient travail des services concernés.

2.3.1 L'entrée par un objectif limité permet de disposer d'un lieu de coordination

Il convient de maintenir, par le biais d'un objectif en apparence modeste, l'acquis de plusieurs années de démarche pragmatique. Elle a permis à la fois la mise en commun de connaissances des besoins, la recherche de solutions coordonnées et, au delà de ces résultats limités mais tangibles, a souvent offert une instance de réflexion à l'ensemble des acteurs de la lutte contre l'exclusion.

Les interlocuteurs de la mission ont unanimement fait le constat de l'absence de viabilité du *comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions* prévu à l'article 155 de la loi. Dans la pratique, en revanche, en associant les membres prévus dans ce comité et en les faisant traiter les questions de l'urgence sociale, les instances émanant de la CASU ont rempli plusieurs de ses missions : approche des besoins, adéquation des réponses existantes, recherche des améliorations nécessaires et cohérence des actions.

2.3.2 La souplesse et la diversité de conceptions doivent être encouragées

La connaissance et le traitement des demandes n'est efficace qu'au niveau local et il est irréaliste d'envisager une intégration des moyens financiers autant qu'humains pour atteindre une coordination parfaite des réponses. En revanche, l'objectif de simplification des démarches de l'usager, organisée au plan départemental, trouve son application au niveau local, dans les lieux habituels d'accueil social.

On constate qu'il est possible de rassembler dans des commissions diverses la plupart des institutions et organismes jouant un rôle au niveau départemental ou infra-

[26] Ainsi, dans la Sarthe en 2002, près de 46 000 € ont été dépensés pour 963 aides accordées à 85% à des demandeurs d'asile. Dans la Val-de-Marne, une régie «concédée » à deux associations, aujourd'hui abandonnée, a permis d'accorder 42 000 € d'aides en 2002.

départemental. Les compositions extrêmement variées observées montrent qu'une démarche pragmatique, aux ambitions délimitées, peut conduire à une politique coordonnée de lutte contre l'exclusion. A cet égard, la recherche de l'association de tous les membres impliqués doit se poursuivre.

L'expérience montre que la crainte de se voir dépossédée de sa part d'autonomie de décision que chaque institution souhaite conserver vis à vis de ses ressortissants s'estompe lorsqu'on situe la coopération sur un plan opérationnel et technique. Il est d'ailleurs possible, dans le cas d'une mise en commun plus poussée des fonds, de réduire cette inquiétude en procédant à des analyses plus fines des motifs d'octroi des aides et des caractéristiques des bénéficiaires.

La mission estime que les bonnes pratiques recensées dans les départements montrent qu'un socle minimum d'objectifs techniques est de nature à développer les coopérations et méritent d'être diffusées. Elles ne peuvent que contribuer à lever les réticences à l'action commune.

2.3.3 Le dispositif doit être utilisé dans une optique de veille et pour la réflexion stratégique

2.3.3.1 Le suivi et l'évaluation du dispositif permettraient de disposer d'outils d'observation utiles pour faire évoluer les dispositifs et les coopérations.

Dans nombre de départements, l'action coordonnée a permis de rassembler des données tout à fait intéressantes au regard d'une préoccupation de veille sociale. Eléments parmi d'autres indicateurs sociaux, elles gagneraient à être exploitées pour un pilotage local ou départemental des politiques. Des indicateurs locaux simples, en nombre limité, sur les motifs du recours aux secours, leur fréquence, leur montant moyen, quelques caractéristiques du public seraient des indicateurs utiles à l'appréciation de la situation d'un territoire.

2.3.3.2 L'Etat est le mieux placé pour assurer l'animation et la coordination du dispositif

La mission a constaté que les départements où la concertation et la coopération sont effectives et où les instances ont fourni un travail reconnu et des outils utilisés, sont ceux où le représentant de l'Etat, préfet ou DDASS, a pris l'initiative de faire de la CASU un lieu de coordination impliquant le plus possible d'acteurs départementaux et locaux.

Sur une base d'objectifs techniques incontestables puisque ne mettant pas en cause leur autonomie, de nombreux organismes, collectivités, associations ont été amenés à avoir une approche commune des problèmes posés par l'exclusion sur leur territoire.

On constate également que si le territoire opérationnellement pertinent pour le traitement des cas individuels est infra-départemental, -celui de la commune ou de la circonscription de l'action sociale du département-, le niveau départemental est le plus adapté à la réflexion et à la décision pour établir des règles minimales communes de

fonctionnement et à l'analyse de la situation globale pouvant déboucher sur une stratégie commune.

Les réserves des collectivités à admettre une animation ou un pilotage par une autre collectivité, ne s'expriment pas lorsque l'Etat prend de telles initiatives. Aussi, quelles que soient les options qui pourront être prises en matière de décentralisation de l'action sociale, l'Etat reste légitime, aux yeux de nombreux responsables politiques, pour rassembler les acteurs en vue de définir le cadre de l'action.

Au reste, les acteurs privés sont également soucieux de conserver une certaine distance vis à vis des différentes collectivités. On peut enfin ajouter que la lutte contre l'exclusion relève de la solidarité nationale pour une part non négligeable des publics intéressés et que l'Etat doit rester le garant d'un traitement équitable des plus démunis sur le territoire.

PARTIE 3 - LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

L'article 76 de la loi de lutte contre les exclusions instaure la création de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au profit des personnes en situation de précarité «*…visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.. ».*

Les PASS sont des cellules médico-sociales, implantées dans la plupart des centres hospitaliers généraux. Elles ont permis d'étendre au secteur hospitalier une préoccupation d'accessibilité aux soins et aux droits à l'assurance maladie pour les personnes en difficulté. Cependant, cette approche sociale qui ne s'est pas suffisamment inscrite dans une logique partenariale n'a souvent pas affecté l'ensemble de l'institution hospitalière.

3.1 Les permanences d'accès aux soins de santé ont des modes d'organisation diversifiés

3.1.1 La plupart des centres hospitaliers ont installé une permanence d'accès aux soins de santé

La mise en œuvre des dispositions de l'article 76 s'est effectuée rapidement. Le dispositif réglementaire et le financement des PASS ont été arrêtés dès décembre 1998.

3.1.1.1 Le bilan quantitatif est satisfaisant

En début 2003, on recensait 372 PASS, installées dans les principaux hôpitaux. Le financement du dispositif réalisé par le biais de la dotation globale hospitalière à hauteur de 15 M€ s'est étalé sur trois ans pour la majeure partie des établissements de santé permettant de dépasser l'objectif de 300 PASS défini par circulaire[27].

La création d'une PASS était accompagnée en général d'une dotation de près de 38 000 €. Des hôpitaux locaux ont pu également bénéficier de ces financements.

La mission a observé le fonctionnement d'une douzaine de PASS. Les dotations allouées aux établissements ont essentiellement permis le recrutement de travailleurs sociaux. Par ailleurs, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) comme en Pays-de-la-Loire ont complété cet apport budgétaire par une affectation d'enveloppe supplémentaire et des hôpitaux ont redéployé des moyens au profit de leur PASS.

En revanche, pour ce qui concerne les unités mobiles, le nombre escompté d'installations n'a pas été atteint. Seules quatre implantations sur les huit envisagées, ont été réalisées.

[27] Circulaire n°98-736 DH-AF1/DGS-SP2/DAS-DV3 du 17 décembre 1998.

3.1.1.2 Les choix d'implantation se sont avérés cohérents

Différentes modalités ont été retenues par les ARH pour déterminer les localisations des PASS :

- dans le cadre des PRAPS (comme par exemple en Basse-Normandie), des sites hospitaliers ont été sélectionnés ;
- ailleurs (Franche-Comté), le financement a été accordé sur appel à projet ;
- le plus souvent, ce sont les sites hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU) qui ont été les premiers bénéficiaires des crédits du programme PASS, les unités de proximité d'accueil des urgences (UPATOU) étant dotées dans un second temps.

La carte d'implantation des PASS atteste d'un bon maillage du territoire. Cependant, la situation de secteurs ruraux pouvant paraître éloignés d'un dispositif de soutien dans l'accès aux soins aurait mérité une attention particulière.

3.1.1.3 Les PASS ont contribué à une meilleure intégration de la dimension sociale dans la mission de service public des hôpitaux

Le financement des PASS s'est d'abord traduit par l'emploi d'assistants sociaux, mais des vacations médicales ont été également accordées. De manière générale, les budgets alloués ont bien été affectés au renforcement du secteur social des structures hospitalières.

Préalablement à l'instauration des PASS, avaient été organisées dans une centaine d'établissements hospitaliers, des modalités spécifiques d'accueil des plus démunis,[28] par exemple sous forme de consultations médicales ou de délivrance de produits pharmaceutiques. Toutefois, la prise de conscience de l'état de précarité dans lequel peut se trouver une partie de la population face à l'accès aux soins (tant au plan de l'ouverture des droits que de l'accès à certains services de santé) ne s'est vraiment généralisée que grâce à la loi de lutte contre les exclusions.

Les professionnels de l'hôpital se sont approprié lentement la dimension sociale du recours aux soins hospitaliers. Certains travailleurs sociaux, lors d'entretiens avec les membres de la mission, ont mentionné combien leur intégration dans les départements d'urgence s'est révélée difficile dans un premier temps. Ailleurs, un responsable des urgences a indiqué que ses confrères voyaient essentiellement dans la PASS, un outil qui évite d'avoir à traiter des problèmes sociaux dans leur secteur d'activité.

La mission a pu constater l'intérêt, certes inégal, que porte la communauté hospitalière au renforcement d'un pôle social qui contribue à assurer l'égalité des patients dans l'accès aux soins. Cet engagement s'appuie sur des représentations hétérogènes de la précarité dans l'accès aux soins. Il augure néanmoins d'une meilleure prise en charge des publics défavorisés pour l'avenir.

[28] Deux circulaires du 17 septembre 1993 et du 21mars 1995 incitaient déjà les hôpitaux à assurer une meilleure prise en charge des personnes démunies dans leur parcours d'accès aux soins.

3.1.2 L'environnement social de l'établissement et l'engagement des professionnels influent sur les modalités d'organisation de la PASS

3.1.2.1 L'environnement social de l'établissement de santé affecte fortement les choix d'organisation de la PASS

➢ En milieu urbain

La présence d'un nombre important de personnes sans droits ouverts à l'assurance maladie conduit à privilégier la mise en place de circuits spécifiques.

L'impact de la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) a été important. Aujourd'hui, les personnes couvertes par ce dispositif peuvent bénéficier de toute la gamme des prestations hospitalières et surtout avoir recours sans difficulté majeure aux médecins généralistes ou spécialistes.

Toutefois ces dernières années, l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile et d'étrangers en situation irrégulière a conduit à conférer à l'institution hospitalière, un rôle de premier recours sanitaire[29]. L'hôpital constitue actuellement un point de passage obligé pour les titulaires de l'aide médicale d'Etat qui ne justifient pas de trois ans de résidence sur le territoire national.

Cette situation conduit, dans le cadre de processus les plus aboutis, à proposer, après entretien avec le travailleur social, une consultation médicale qui est organisée spécifiquement pour cette catégorie de population (exemple du Centre hospitalier intercommunal de Créteil ou de l'Hôtel Dieu de Lyon).

Ailleurs, c'est le service social de la PASS, après orientation par le service des urgences qui va jouer le rôle de plaque tournante en délivrant en lien avec le service des admissions, une fiche de circulation permettant d'organiser le recours à des examens spécialisés et d'assurer la fourniture des produits pharmaceutiques. C'est ainsi que procède le centre hospitalier de Villeneuve Saint-Georges qui a utilisé le budget alloué au titre de la PASS à l'achat de médicaments.

On peut également mentionner la pratique du CHU de Tours qui donne à la PASS un rôle d'interface entre les soins primaires et le recours au plateau technique hospitalier en tenant compte d'un maillage associatif externe important qui permet d'assurer une bonne prestation de médecine générale auprès des personnes démunies.

➢ En milieu rural

Si le trait commun aux PASS est de contribuer à l'ouverture ou la réouverture des droits à l'assurance maladie, les problèmes de prise en charge sanitaire ou médico-sociale sont d'un autre ordre en milieu rural ou semi-rural.

Dans ces zones, la difficulté majeure est celle de la prise en charge des soins de suite, de longue durée ou d'hébergement pour les personnes âgées. Même dans les villes

[29] Le fait de se trouver en situation irrégulière n'exclut pas du bénéfice de l'AME. L'obtention de cette couverture maladie suppose toutefois la mention d'informations que certaines personnes hésitent ou ne peuvent fournir (en l'absence de domiciliation par exemple).

moyennes ou dans de plus petites agglomérations[30], les établissements hospitaliers font état des difficultés de leurs services d'urgence et de leurs services de soins aigus. Ceux-ci peinent à trouver une orientation adéquate pour les personnes âgées tant au sein de l'institution qu'auprès des structures d'hébergement ou de soins de suite sur occupés.

De fait, l'installation de la PASS a permis de décharger partiellement l'encadrement soignant ou le personnel infirmier de la recherche de places disponibles.

Cette préoccupation gériatrique est encore plus marquée lors de la création d'une PASS en hôpital local. Très rapidement, les difficultés sociales de résidents dont la durée de séjour est très longue trouvent une réponse au plan de l'ouverture des droits. Il s'agit alors d'accompagner le corps médical dans l'organisation d'un circuit de prise en charge gériatrique ou gérontologique. Cette situation risque d'introduire une confusion avec le rôle des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Le travailleur social, par exemple, intervient au côtés du médecin et du cadre infirmier pour préparer l'admission en institution ou pour organiser des campagnes de prévention de risques ou d'éducation sanitaire touchant tous les publics âgés.

Toutefois, cette conception extensive de son rôle ne signifie pas pour autant que l'implantation de PASS n'est pas justifiée en milieu rural.

Les initiatives prises par la PASS des hôpitaux locaux de Sillé-le-Guillaume, Beaumont et Bonnétable dans la Sarthe pour lutter contre l'isolement des personnes âgées en coopération avec l'association *« les aînés ruraux »*, par l'organisation de repas à la maison de retraite de l'hôpital local, vont dans le sens des objectifs de la lutte contre l'exclusion.

Lors de ses déplacements dans la Manche, la mission a pu entendre les constats exprimés par beaucoup de ses interlocuteurs[31] sur l'existence d'une misère cachée. Cette misère résulte notamment de la baisse de revenus des exploitants agricole du fait de la baisse des cours, conjuguée aux effets de la tempête de décembre 1999.

3.1.2.2 Suivant l'engagement des professionnels ou des instances de l'hôpital, l'organisation de la PASS est plus souvent sociale que médicale

Si la diversité des situations explique l'existence de configurations différentes, le degré de perception de la prise en charge de la précarité dans l'accès aux soins varie selon les institutions hospitalières.

Dans certains cas, la création de la PASS s'est traduite simplement par la création de postes d'assistants sociaux sans qu'il y ait eu une réflexion préalable sur la finalité de cette permanence. Cette approche peut être le fait de la direction de l'établissement ou de la communauté médicale, dont les responsables des urgences qui se satisfont du traitement des situations sociales difficiles par un professionnel spécialisé. Plus surprenante est la situation d'établissements disposant d'un service social déjà constitué mais qui ne vivent l'apport de la PASS que comme un moyen de

[30] Comme à Cherbourg, Saint Lô, Amboise, La-Ferté-Bernard.
[31] Dont la Mutualité Sociale Agricole de la Manche qui a mobilisé son réseau de délégués pour aller au devant des personnes en situation de précarité.

répartir l'activité de chaque travailleur social par secteur. Le poste créé est alors le plus souvent affecté au secteur des urgences.

Cette vision réductrice de la place et du rôle de la PASS n'est pas générale. Ainsi, la mission a pu observer dans la plupart des établissements qu'elle a visités un engagement vers une prise en charge globale des situations de précarité.

La plupart des hôpitaux situés en secteur semi-rural ou rural n'ont pas éprouvé le besoin de mettre en place des consultations médicales internes, soit parce que le tissu libéral permet une prise en charge des soins (situation se présentant sur le territoire des hôpitaux locaux), soit parce que les praticiens des urgences assurent cette fonction de soins primaires.

L'intérêt toutefois de la PASS au regard d'un dispositif de soins de première ligne réside à la fois dans la possibilité offerte au médecin généraliste et au médecin urgentiste, avec le concours du travailleur social, d'adresser la personne vers les services de spécialités médicales ou de leur permettre d'obtenir un appareillage optique ou dentaire.

Dans les grandes agglomérations, (Créteil, Dijon, Lyon), une consultation médicale est couplée avec la consultation sociale ; la disponibilité des services d'urgence est en effet moindre et justifie une orientation médicale spécifique[32].

Si une typologie des PASS a pu être proposée en 2000[33], la mission a constaté une grande diversité de situations qui la rende probablement difficile à établir.[34]

Une étude a été lancée en 2002 par la DHOS avec l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), dont les résultats seront disponibles au second semestre 2003. Elle devrait permettre de mieux recenser les modes d'organisation retenus et d'infirmer ou de confirmer une amélioration qualitative de leur fonctionnement ainsi qu'une meilleure implication ou non de l'ensemble de la communauté hospitalière dans la prise en charge de la précarité liée aux soins.

[32] Le besoin semble exister en ce domaine. Dans les trois villes mentionnées des plages additionnelles de temps médical ont été ouvertes ou sont demandées par les responsables de PASS.

[33] Une mission initiée par la DHOS en juin 1999 et dont la coordination des travaux avait été confiée à M Jacques LEBAS praticien hospitalier à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) a mis en évidence trois types de PASS ; des PASS internes (intra hospitalières), des PASS externes (installées en centre ville et gérées en lien avec le secteur associatif) et des PASS mixtes où l'hôpital est utilisé par les sans abris comme lieu d'hébergement.
Dans son mémoire de l'ENSP, présenté en février 2001 et concernant les PASS en région Centre, M Vincent CAILLIET évoquait un fonctionnement des PASS se rapprochant des situations rencontrées par la mission.

[34] On peut observer des réalisations spécifiques comme celle de BEAUNE, où le partenariat hôpital/conseil général/secteur associatif permet de disposer et d'un point d'accueil (où des soins sont assurés) en centre ville, et de locaux dédiés dans l'enceinte hospitalière.

3.2 La mission des PASS au sein de l'institution hospitalière et vis à vis de leur environnement mérite d'être confortée

3.2.1 Une volonté manifeste du renforcement du rôle de la PASS est exprimée par les acteurs externes et internes les plus conscients de son intérêt

Les représentants des établissements de santé rencontrés par la mission ont tous témoigné de l'intérêt de la présence d'une permanence d'accès aux soins de santé dans l'institution.

➢ Cet engagement s'est manifesté au moment du lancement du projet. On peut citer par exemple la création de la PASS commune à trois hôpitaux locaux de la Sarthe dont l'initiative revient à un chef d'établissement. De même, la mise en place d'une PASS mobile à Lyon résulte d'une volonté commune de la DDASS et des responsables du centre hospitalier Saint Joseph-Saint Luc.

Face à l'évolution de la demande sociale ou au vu d'un premier bilan de fonctionnement, les établissements adaptent le fonctionnement de la PASS ou recherchent des modalités nouvelles de fonctionnement.

Ainsi, le CHU de Tours, à partir d'un travail de redéfinition des missions de la PASS mené en commun avec ses partenaires du secteur social, a porté ses efforts sur un meilleur accès au plateau médico-technique des personnes en difficulté.

Le centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges souhaite également développer des consultations médicales et instituer un partenariat avec la médecine de ville et les centres de santé municipaux pour mieux organiser l'orientation des personnes en difficulté.

Parmi les illustrations d'une meilleure implication du monde hospitalier dans la prise en compte des phénomènes de précarité dans l'accès aux soins, on peut mentionner la charte signée récemment entre l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), la Fédération nationale des centres d'accueil et de réinsertion (FNARS) et la Fédération hospitalière de France (FHF)[35].

➢ Cette évolution des établissements hospitaliers est aussi dépendante du niveau d'engagement des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, de celui des agences régionales de l'hospitalisation et de l'administration centrale.

Ainsi, l'évaluation du dispositif des PASS dans certaines régions a permis de recadrer leur périmètre d'action. En Franche-Comté, le non respect par une PASS du cadre de l'appel à projet s'est traduit par la suppression des crédits. Il n'a pas été admis

[35] Charte « Précarité, Santé, Solidarité ». Dans ce document, les signataires s'engagent à faciliter la coopération des acteurs sanitaires et sociaux, à permettre d'assurer la continuité des soins et le maintien des liens sociaux de la personne, à favoriser la mise en place d'une PASS et à *« développer une politique d'évaluation dans le cadre d'un observatoire »*. Une rencontre entre les signataires est prévue en mars 2003. Cela devrait permettre de donner du contenu à un document qui n'en reste pour l'heure qu'au stade des intentions.

que l'hôpital se contente de « l'effet d'aubaine » lié au financement d'un poste d'assistant du service social.[36]

Le bilan établi après la première période d'implantation et de fonctionnement des PASS entre 1998 et 2000 mettait en évidence un simple renforcement du service social. L'évaluation de la période 2000/2002 paraît plus satisfaisante. Ainsi l'ARH des Pays-de-la-Loire a relancé vigoureusement le processus d'utilisation des PASS dans le sens d'une mobilisation des acteurs clefs (service social, encadrement infirmier, corps médical, direction).[37]

Le succès de la journée sur les PASS organisée le 23 octobre 2002 par la DHOS atteste de cette mobilisation croissante des acteurs hospitaliers, des ARH, des DRASS et des DDASS. Il reste que ce type de manifestation touche un public convaincu et qu'il convient aujourd'hui de généraliser une démarche de projet social de qualité au sein de l'institution hospitalière.

3.2.2 L'assurance maladie s'est inscrite en général dans un partenariat efficace avec les établissements de santé

Les PASS ont pour mission de contribuer à l'ouverture ou la restauration des droits à l'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité. Dans ce contexte, le partenariat avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou de la mutualité sociale agricole (MSA) est fondamental.

Une initiative appréciée par les établissements de santé (bureaux des entrées ou travailleurs sociaux) est celle qui consiste à tenir des permanences de la CPAM ou à bénéficier du passage régulier de personnels de la caisse.

Globalement, les CPAM se sont organisées pour traiter les situations de précarité souvent en mettant en place un service spécialisé comme dans le Rhône ou la Côte d'Or.

L'ouverture des droits par le biais des PASS s'effectue rapidement (le délai d'obtention du bénéfice de la CMU peut être réduit à 48 heures, voire à la journée en Côte-d'Or, dans la Manche, le Rhône, la Sarthe).

La création de la CMU, accompagnée d'une mobilisation des CPAM et des autres régimes a permis de répondre au problème de l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Les travailleurs sociaux des PASS signalent notamment en secteur semi-rural que cette question devient moins prégnante. Faute d'outils de mesure fiables, la mission n'est pas en état de quantifier l'impact de la diminution ressentie du nombre de dossiers d'ouverture de droits et son impact sur les PASS.

Cependant un certain nombre de problèmes subsistent :

[36] Se conformant en cela aux instructions de la DHOS qui recommande une réaffectation des crédits alloués en cas de non-respect des objectifs de fonctionnement de la PASS.

[37] Le bilan dressé par la DHOS en fin 2000 était mitigé. Sur les 291 PASS créées au 30 juin, seules 20% avaient respecté les quatre critères d'opérationnalité définis. Un retour sur information concernant les années 2001 et 2002 n'a pu être obtenu, l'évaluation des PASS pour cette période s'inscrivant dans le cadre d'une étude DHOS/ANAES dont les résultats ne sont pas actuellement disponibles, comme il a été mentionné *supra*..

- l'absence de couverture générale ou complémentaire (étrangers sans droits ouverts, personnes au-dessus des seuils d'obtention de la CMU complémentaire[CMUC]) ;
- la difficulté de la couverture des frais d'appareillage dentaire ou d'optique. Cette difficulté est partiellement résolue pour les soins dentaires, par la présence de fauteuils en centres de santé (municipaux ou de l'assurance maladie) ou en milieu hospitalier[38], voire associatif comme dans le Rhône ou le Val de Marne.

LE RESEAU PRECARITE ACCES AUX SOINS (PASS) DE LA CPAM DE LA MANCHE

Ce réseau a été crée en octobre 1997 par la CPAM, qui, alertée par la montée des situations de précarité a mis en place un nouveau service pour faciliter l'accès aux soins, le droit à une couverture maladie.
Le réseau comprend un pôle départemental d'accès aux soins et sept délégués conseil à l'accès aux soins répartis dans les centres de paiement.
L'objectif est d'aller au devant des personnes défavorisées afin de :

-détecter les situations de précarité ;

-accueillir, informer et orienter les personnes, leur ouvrir ou leur rétablir leurs droits, le cas échéant leur permettre d'accéder à une couverture complémentaire maladie ;

-prévenir les situations de rupture de droits ;

-orienter vers les structures sociales ou de soins appropriées ;

-amener les personnes à se soigner et à participer à des actions de santé (prévention, examens de santé).

Pour ce faire a été créé: le PASS'PORT SANTE, qui s'inscrit en accompagnement des examens de santé et vise à assurer la prévention, l'accès aux soins en recourant si besoin aux fonds d'aide sanitaire et sociale de la caisse.
En 2002, 4 278 situations de précarité ont été détectées ; 1 898 personnes ont pu bénéficier d'une couverture complémentaire, 500 ont vu leurs droits rétablis. Le réseau a organisé de multiples réunions d'information (PAIO, associations, foyers…)
En outre, la CPAM a organisé dans le cadre de l'accès à une couverture complémentaire un dispositif d'aide à la mutualisation intitulée « INTERMEDE».
Il a permis d'assurer la couverture de 1 083 personnes depuis juillet 2001.
Son intérêt réside dans le fait qu'il est couplé à un contrat de type « panier de soins » avec les professionnels libéraux qui permettent, au-delà du cadre national, d'honorer certains dépassements tarifaires en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'audioprothèse.

3.2.3 Le fonctionnement des unités mobiles et l'impact de leur implantation nécessiteraient d'être évalués

Sur une prévision initiale d'implantation de huit unités mobiles, quatre ont été ouvertes sous des formes différentes.

Les quatre unités poursuivent un objectif commun, celui d'aller au devant des publics qui ont des difficultés d'accès aux soins, soit par absence de couverture sociale, soit parce qu'ils hésitent à recourir aux structures sanitaires usuelles.

L'administration centrale ne dispose que d'éléments d'évaluation lacunaires, imprécis et non actualisés :

- l'expérience du centre hospitalier de Valenciennes est relatée de manière descriptive, la production d'information a cessé en 2002 ;

- l'unité mise en service par l'hôpital Jean Verdier à Bondy « l'Homnibus » a fait l'objet d'une évaluation générée par l'établissement ;

[38] D'après les résultats d'une enquête intitulée « étude précarité 2001 » réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), sur un échantillon de 161 établissements ayant renseigné le questionnaire, seuls 55 parmi eux pouvaient assurer des consultations dentaires.

- les expériences bordelaise et lyonnaise ne semblent pas avoir fait l'objet de remontées vers l'échelon central.

La mission a rencontré les promoteurs de l'unité mobile Saint Joseph-Saint Luc à Lyon.

Les objectifs de création de cette unité sont conformes à l'esprit de la loi. Ils partent du constat que les personnes à la rue sont dans une situation de renoncement aux soins et qu'elles n'entrent dans le dispositif sanitaire que par le biais des urgences, sans réponse au long cours pour le traitement de pathologies chroniques.

L'efficacité du dispositif est attestée par le traitement d'un certain nombre de situations. Cependant, les critères d'évaluation de son efficience n'ont pas été établis. Son impact réel auprès des personnes en situation de très grande précarité n'a pas été étudié. L'intérêt qu'elle représente pour les différents acteurs sanitaires et sociaux concernés n'a pu être apprécié.

LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS MOBILE DU CENTRE HOSPITALIER SAINT-JOSEPH –SAINT LUC.

Réseau Social, rue/hôpital-Equipe mobile de coordination

- Compte tenu du public visé (les personnes sans domicile fixe) le choix du support de la PASS mobile s'est porté sur un établissement situé au centre ville.
- La création du réseau en juillet 2001 résulte d'une double volonté de la DDASS du Rhône, du centre hospitalier et de ses partenaires du réseau social. Il propose aux personnes sans domicile fixe de les accompagner dans un parcours de soins et de restauration du lien social.
- Une convention a été signée entre tous les partenaires concernés (hôpital, CHRS disposant de lits de repos, armée du salut, structures de santé mentale…), répartissant le financement alloué pour la création de l'unité mobile (l'hôpital sert de support budgétaire).
- Les personnes concernées sont à 92% sans domicile fixe, majoritairement de sexe masculin (87%) et vivant seules (90%). 187 personnes ont été prises en charge en 2002 (119 en 2001). Elles rencontrent en grande majorité un problème d'addiction à l'alcool (pour 80% d'entre elles) et présentent pour 35% d'entre elles des troubles du comportement.
- L'équipe mobile dépendant du centre hospitalier est composée d'une équipe médicale, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Le champ d'intervention de l'équipe se partage en parts égales entre l'organisation de l'accès aux soins et le travail social (ouverture de droits, recherche d'hébergement…).
- En général, l'équipe n'assure pas de soins, elle va au-devant des personnes, les accompagnant en tant que de besoin aux urgences ou en consultation spécialisée. Elle recherche le cas échéant en aval d'un séjour hospitalier, un accueil en soins de suite.
- Le but recherché est d'amener la personne grâce au lien noué par l'équipe mobile avec les professionnels et institutions de santé à rentrer progressivement dans un dispositif de droit commun.

Le montant du financement des PASS mobiles délégué par la DHOS (plus de 380 000 € par opération), aurait justifié une démarche spécifique d'évaluation [39], notamment en vue d'une transposition possible de cette phase expérimentale. Cette évaluation s'impose d'autant que les bilans d'activité soulèvent des questions relatives à

[39] Concernant l'unité mobile de Lyon, le budget la PASS alloué à l'hôpital Saint Joseph-Saint Luc outre la couverture des charges de personnel du centre hospitalier intègre le financement de lits infirmiers d'un CHRS, les frais de fonctionnement d'un véhicule et ceux afférents à la mise à disposition d'une équipe d'intervention en santé mentale. Un bilan d'activité précis devrait pour le moins être fourni par tous les partenaires de la PASS qui bénéficient d'une allocation complémentaire de ressources apportée par la dotation globale de fonctionnement hospitalière.

leur coordination avec les SAMU sociaux et équipes de maraude et à leur bonne intégration au sein du tissu associatif, sanitaire et social existant.

3.2.4 La PASS doit être mieux intégrée dans la vie de l'hôpital

En 2000, la DHOS avait retenu quatre critères définissant une PASS, deux critères quantitatifs (délégation effective de crédits et recrutement de personnel), et deux critères qualitatifs (mise en place d'un comité de pilotage interne et existence de protocoles spécifiques).

Ces critères qualitatifs n'ont pas souvent été respectés par les établissements de santé[40]. Ainsi l'ARH des Pays de la Loire après une première évaluation décevante de la mobilisation de la communauté hospitalière a relancé la constitution de comités de pilotage interne, action qui a porté ses fruits[41]. Néanmoins 5 PASS sur 23 n'en disposent pas encore.

Le comité de pilotage interne, s'il existe, a été très rarement évoqué auprès de la mission. Lorsque le dispositif fonctionne bien on retrouve l'engagement de la direction de l'établissement, d'un praticien hospitalier (dans l'idéal, la présidence de la commission médicale d'établissement [CME]), du service social et de l'encadrement infirmier ce que l'ARH des Pays-de-la-Loire appelle le « quatuor ».[42]

Le rôle de la PASS et son apport pour les patients ne sont pas naturellement reconnus par les services hospitaliers. Ils doivent être souvent rappelés.

Même au sein des « urgences », le lien entre le travail social et l'exercice des soins médicaux et infirmiers n'est pas systématiquement établi. Parmi les hôpitaux visités, tous ne disposaient pas dans ce secteur de protocoles d'accueil ou de fiches de signalement permettant à l'assistant social d'intervenir à l'occasion d'une admission.

Les établissements visités par la mission ont pour la plupart organisé des sessions d'information ou de formation. Toutefois, ce type d'action ne doit pas rester circonscrit au secteur des urgences ou au secteur administratif d'admission. De ce fait la connaissance des services que peut rendre la PASS au sein d'un établissement est fragmentaire[43].

---

[40] Selon l'enquête de la DHOS dressant la situation des PASS au 30 juin 2000, moins de la moitié des PASS disposaient de protocoles d'accueil et de circulation (138/291) et d'un comité de pilotage (140/291).

[41] Voir annexe 4 (exemples de démarche globale en centres hospitaliers).

[42] Ce n'est pas le cas partout ; la mission a constaté sur un site le désintérêt manifeste du corps médical dont celui des urgences sur le fonctionnement de la PASS alors même que l'hôpital est amené à accueillir une population d'origine étrangère qui l'identifie comme structure de soins de premier recours ce qui n'est pas sans lui poser des difficultés d'organisation et d'accueil.

[43] Ce point de vue est très nettement exprimé par exemple par la DDASS du Val de Marne, qui dans une note du 23 janvier 2003 transmise à la mission indique que « *la PASS doit être connue et reconnue. Pour cela l'assistant(e) social(e) se voit contraint de prendre régulièrement sur ses heures de travail pour informer médecins et personnels administratifs susceptibles de recevoir des usagers et de les référer à la PASS* ».

3.2.5 Le partenariat entre l'institution hospitalière et le réseau social est insuffisant

Si au sein de l'institution hospitalière, les circuits d'échanges et de communication entre les PASS et les services de soins sont parfois défaillants, ces difficultés sont plus manifestes encore lorsqu'il s'agit de formaliser la participation de la PASS à un réseau sanitaire ou social.

Parmi les douze PASS visitées, seules trois d'entre elles étaient entrées dans une logique de rencontres périodiques avec les partenaires externes et de création de liens contribuant à assurer la continuité de prise en charge des patients.

En ce domaine, les initiatives du CHU de Tours et de l'hôpital Saint Joseph-Saint Luc à Lyon sont à souligner car elles visent à adapter la nature et le mode de fonctionnement de la PASS à la demande de ses partenaires. Les PASS de ces établissements interviennent en complément des services rendus par le secteur associatif ou les centres d'hébergement et sont ainsi en mesure de s'adapter à l'évolution de la demande de soins.

Les contacts existent en fait entre les hôpitaux et leur environnement social. Les travailleurs sociaux indiquent qu'ils entretiennent des échanges réguliers avec leurs homologues des autres institutions et règlent ainsi les problèmes de précarité rencontrés.

Cependant, l'absence de formalisation des relations prive les partenaires de la veille sociale d'informations qui pourraient éclairer les instances de décision dans la détermination des modalités d'organisation de l'offre sociale.

Ainsi dans la Manche, l'assistante sociale de la PASS d'un centre hospitalier indique ne plus recourir aux services du « 115 », faute de réponse appropriée de la part de ce dernier pour trouver un hébergement à des personnes considérées comme indésirables par les CHRS. Cette information n'était pas portée à la connaissance des responsables du dispositif de veille sociale.

La responsabilité de cette carence dans le fonctionnement en réseau n'incombe pas exclusivement aux établissements de santé. En premier lieu, et notamment dans le cadre du suivi des PRAPS, les DRASS et les DDASS devraient inciter les institutions et professionnels concernés à définir des modalités concrètes de coopération et d'échange d'informations. L'Etat, à l'échelon départemental, devrait associer en tant que de besoin les PASS aux instances de la veille sociale. Les ARH devraient, à l'instar de la pratique de celle des Pays-de-la-Loire, favoriser la mise en commun des expériences des PASS.

Le partenariat des PASS avec le secteur de la psychiatrie est essentiel. En effet, les personnes en situation de précarité présentent souvent des troubles du comportement en lien avec les phénomènes de désocialisation, d'altération de l'estime de soi… qui les affectent. Lorsqu'une antenne psychiatrique est implantée dans les services d'accueil des urgences, il n'y a pas de difficulté immédiate, les personnes en difficulté rencontrant un infirmier ou un psychiatre. C'est la cas par exemple dans la Manche où les centres hospitaliers bénéficient du concours d'équipes soignantes venant des hôpitaux psychiatriques.

Si les PASS et les CHRS parviennent à établir des relations de travail satisfaisantes, en revanche beaucoup de représentants de CHRS ont déploré auprès de la mission l'absence de liaison entre eux et les structures psychiatriques.

Ce manque d'articulation retentit sur l'activité des PASS qui voient revenir de façon répétée des malades qui justifieraient d'une prise en charge continue.

Dans le département de la Sarthe, les responsables du centre médico-psychologique (CMP) de La-Ferté-Bernard sont allés jusqu'à refuser tout contact institutionnel avec la PASS en souhaitant que les patients ne leur soient adressés qu'au cas par cas.

3.2.6 L'évaluation de l'activité des PASS serait de nature à faciliter leur adaptation au service des personnes en difficulté

Aucune évaluation de la PASS n'étant attendue par l'établissement, celle ci n'est pas incitée à disposer d'un recueil d'activité fiable. Ce recueil permettrait pourtant d'apporter des informations utiles sur la nature des problèmes de santé et les difficultés sociales auxquels sont confrontées les personnes en situation de précarité.

- Au plan de l'établissement hospitalier

La mesure du fonctionnement des PASS est imprécise. Ainsi la mention du nombre de passages enregistrés n'est pas systématiquement assortie de l'indication d'une première admission ou de venues répétées[44].

Certains établissements incluent les paramètres d'activité de la PASS dans le bilan d'ensemble du service social ; on retrouve souvent des items peu discriminants comme la mention de « problèmes administratifs ».

Cette carence peut s'expliquer par le fait que l'institution hospitalière est plus habituée à produire des informations sur la nature de sa production de soins que sur son activité sociale ou éducative.

- Au plan national

Il n'existe pas de système d'information homogène et consolidé sur les PASS[45], à l'échelon départemental, régional et national. Il est dès lors impossible de mesurer l'impact des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en ce domaine. L'absence de mise en évidence des variations d'activité ou de contenu de la demande des patients empêche d'adapter le niveau de réponse de l'institution hospitalière et le dispositif de prévention et de soins à l'échelon régional.

[44] L'activité des PASS rencontrées par la mission, se situe entre 35 et 626 prises en charge annuelles, mais son contenu peut être très différent d'un site à l'autre.

[45] Certaines ARH (Pays-de-la-Loire notamment) regroupent les éléments d'activité des PASS. Cette démarche n'est pas reprise au niveau central et les critères de recueil d'activité ne semblent pas être les mêmes suivant les régions.

L'absence de conception centrale contribue au déficit en matière de retour d'information. Un outil de mesure d'activité à des fins de contribution au pilotage du dispositif de veille sociale et d'appréciation de l'efficience des PASS est nécessaire.

3.3 Le succès des PASS devrait les inscrire dans le dispositif de veille sociale et se concrétiser dans un projet du secteur social à l'hôpital

3.3.1 La prise en charge de la précarité dans l'accès aux soins doit être facilitée au sein des établissements de santé

3.3.1.1 La reconnaissance institutionnelle de la politique menée en faveur des personnes en situation de précarité est à renforcer

Timidement encore, les établissements hospitaliers mentionnent leur mission sociale dans le corps de leur projet d'établissement[46]. L'appropriation par l'ensemble de la communauté hospitalière d'un objectif de lutte contre la précarité dans l'accès aux soins serait facilitée par l'insertion d'un chapitre social au sein du projet d'établissement.

Deux axes de travail paraissent devoir être privilégiés :

- la définition des objectifs sociaux de l'institution et des moyens de les atteindre incluant les actions que la PASS se propose de mener. Cette détermination de la politique de prise en charge sociale passe par une analyse préalable des situations de précarité rencontrées dans le bassin d'attraction de l'hôpital ;
- la détermination d'un projet du service social hospitalier transversal, privilégiant la mise en œuvre de plans d'action ciblés au profit des personnes défavorisées[47].

Cet engagement doit s'inscrire dans le contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'ARH.

La reconnaissance de la place du dispositif PASS dans le contrat d'objectifs et de moyens peut constituer un outil de mobilisation complémentaire des professionnels. La démarche contractuelle permet de s'adapter à la réalité de l'environnement sanitaire et social de la PASS.

S'il était sans doute nécessaire au moment du lancement des PASS de les doter de moyens quasiment équivalents afin d'enclencher une dynamique d'ensemble de traitement de la précarité, il est maintenant souhaitable de définir le niveau des moyens de chaque PASS en fonction de son projet et des publics qu'elle reçoit.

En termes de planification, les PRAPS dits de seconde génération constituent probablement l'outil le mieux adapté pour la définition d'une politique régionale d'accès aux soins des personnes en difficulté. Leur déclinaison opérationnelle en termes

[46] Si la plupart des établissements visités ont fait état auprès de la mission de l'existence d'un volet social dans le projet d'établissement, peu ont été réellement en mesure de présenter un tel document.

[47] Le contenu de ce projet de service social n'est évidemment pas uniquement circonscrit à la définition d'objectifs de traitement des situations de précarité sociale.

d'adaptation de l'offre hospitalière pourrait s'intégrer dans les SROS notamment au regard de la pérennité des PASS autorisées.

Le SROS doit, dans le domaine de la psychiatrie, intégrer la précarité dans ses objectifs. Il est possible de s'appuyer notamment sur les travaux déjà existants et l'expérience acquise d'une association comme *« le réseau national souffrance psychique et précarité »*[48]. Dans cette perspective, la mission réitère la proposition formulée dans son rapport intermédiaire (partie 3.4.1.) demandant que les projets d'établissement (et *a fortiori* les contrats d'objectifs et de moyens) comportent un volet relatif à la prise en charge des populations en situation d'exclusion.

3.3.1.2 Une attention particulière doit être portée à la fourniture des médicaments et aux soins et appareillages dentaires

La généralisation de la couverture maladie universelle (CMU) et l'organisation de l'aide médicale d'Etat (AME) a conduit le ministère à supprimer le cadre conventionnel proposé dans la circulaire du 17 décembre 1998. Elle permettait aux établissements de santé d'obtenir le remboursement par l'Etat des dépenses de soins (dont les médicaments) engagées pour le traitement de personnes sans couverture sociale.

A titre d'exemple, le coût des produits pharmaceutiques, des examens de laboratoire… représentait en 2002, pour la PASS de l'Hôtel-Dieu aux Hospices Civils de Lyon, un montant de 24 162 € pour 919 bénéficiaires.

Le problème reste posé aujourd'hui dans les situations où les droits à couverture maladie ne sont pas ouverts.

Ces patients nécessitent parfois des traitements au long cours (malades atteints par le VIH, par la tuberculose), traitements parfois coûteux.

La position des responsables d'établissement est partagée. Certains estiment qu'il leur appartient d'assurer la délivrance des produits pharmaceutiques, d'autres s'y refusent du fait de l'absence de budget. Ils mettent encore en avant la réglementation sur les pharmacies à usage intérieur qui leur interdit de délivrer des médicaments disponibles en officine à des patients externes .

Deux options pourraient être étudiées pour rechercher des solutions à ce problème :

- la relance du dispositif conventionnel Etat/Etablissement permettant de présenter au remboursement le coût des médicaments, de certains examens et actes pratiqués ;
- l'affectation d'une dotation budgétaire spécifique allouée aux établissements qui sont confrontés à ce problème de dispensation de médicaments et produits à usage médical.

[48] Ce réseau est de nature associative. Créé en juillet 1998, il comprend des professionnels de toutes catégories (médecins, infirmiers, directeurs, cadres) exerçant en secteur psychiatrique public. Il se propose de diffuser dans une approche pluridisciplinaire l'action des secteurs de psychiatrie dans la prise en charge des pathologies psychiatriques rencontrées par les personnes en grande difficulté.

La couverture des soins dentaires peut s'avérer difficile à mettre en œuvre pour les personnes en difficulté. Le plan national de renforcement de lutte contre l'exclusion a mis en évidence ce problème et prévoit la fourniture d'un service dentaire au personnes démunies. Pour ce faire, il envisage de mobiliser les professionnels libéraux volontaires, les établissements sanitaires et de manière générale tous les organismes ou associations susceptibles de proposer des soins dentaires à un coût abordable pour les patients. En tout état de cause, dans les établissements siège de service d'accueil des urgences (SAU), et en fonction de leur environnement social, un service dentaire devrait être assuré au profit des personnes défavorisées.

3.3.1.3 L'engagement des établissements de santé doit être conforté par une couverture budgétaire de la prise en charge de la précarité dans l'accès aux soins

Les établissements de santé doivent pouvoir obtenir au plan budgétaire et financier la couverture des moyens mobilisés au bénéfice des patients en situation de précarité.

Un assainissement des trésoreries affectées par le poids des créances irrécouvrables[49] directement liées à l'insolvabilité de personnes en situation de précarité sociale est à rechercher. Cet assainissement passe par une clarification du dispositif d'ouverture de droits et de la nature de la prise en charge délivrée ; d'autant que le régime actuel de l'Aide médicale d'Etat devrait connaître une modification de ses règles d'attribution. Un délai existe désormais entre l'inscription et la prise d'effet de la CMU. En corollaire, les établissements de santé concernés doivent impérativement s'organiser pour prévenir la formation de créances, les autorités de tutelle devant exercer toute leur vigilance en la circonstance.

Bien que le périmètre tarifaire concernant les établissements publics ne soit aujourd'hui pas arrêté définitivement, la tarification à l'activité devrait être généralisée à l'ensemble des établissements de santé en 2004. Elle va influer sur le fonctionnement des PASS. Dès lors que les moyens de fonctionnement des PASS sont identifiés, il devrait être possible, au titre des activités d'intérêt général, de consolider leur financement sous forme de dotation globale.

A l'instar de ce qui est envisagé pour les urgences (dans lesquelles ou auprès desquelles se situent beaucoup de PASS), un dispositif mixte sous forme de dotation globale et de forfait par prise en charge pourrait être retenu. Ce mode d'allocation budgétaire présenterait l'avantage d'inciter les établissements à disposer d'un système d'information homogène apte à mesurer les situations de précarité rencontrées.

[49] Ce problème est loin d'être négligeable. Un établissement hospitalier d'Ile-de-France a déclaré à la mission supporter d'ores et déjà un montant cumulé de créances irrécouvrables toutes causes confondues de l'ordre de 12 M€, ce qui représentait le cinquième de son budget d'exploitation !

3.3.2 L'amélioration de la prise en charge des personnes en difficulté passe aussi par une meilleure évaluation des besoins et la coordination des acteurs

3.3.2.1 La mise en place de nouveaux PRAPS peut servir de support au renforcement de l'expertise dans la définition des besoins

La détermination des PRAPS de « seconde génération » doit constituer un moyen d'améliorer la connaissance des situations de précarité dans l'accès aux soins et de proposer la mise en place d'actions ciblées dans un territoire donné, actions dans lesquelles seraient impliquées les PASS.

Par exemple, en milieu rural (tout en demeurant vigilant dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens sur la définition des missions de la PASS), si le constat des difficultés d'accès aux soins spécialisés est effectué, si les difficultés de déplacement de personnes isolées, sont mises en évidence, le PRAPS dans sa déclinaison « territorialisée » peut prévoir la mise en jeu d'un réseau partenarial. Ce réseau devrait être à même d'apporter une réponse d'ensemble au problème posé (organisation de transports, coordination généralistes/hôpitaux…). La PASS, dans ce cadre, peut intervenir pour mettre en relation les professionnels concernés et organiser de manière globale le parcours du patient.

3.3.2.2 La généralisation d'un recueil harmonisé d'activité et des procédures d'évaluation s'impose

Pour mieux cerner les besoins des patients, pour mesurer l'évolution de la demande de soins ou l'effectivité de l'ouverture des droits, pour piloter l'action sociale, il faut disposer d'un outil de mesure de l'activité des PASS et d'appréciation de leur efficience.

Le montage d'un appareil statistique ne peut être réalisé qu'à l'échelon central en coordonnant les approches des trois directions d'administration centrales concernées (DGAS, DGS, DHOS). Le système d'information ainsi élaboré concernerait tant le recueil d'activité que la mention du suivi du parcours de la personne, la nature des prestations assurées à chaque bénéficiaire, l'importance du nombre de personnes suivies au regard du reste de la file active de l'hôpital. Ce système d'information qui ne peut être bâti *ex abrupto* doit pouvoir être confectionné en associant les professionnels exerçant dans et autour de la PASS. Il pourrait revêtir la forme d'une enquête annuelle.

Le recueil d'information sur les PASS élaboré à usage externe pourrait être enrichi par la mise à disposition des données utilisées par les établissements hospitaliers dans le cadre de la facturation des séjours ou des consultations de personnes en difficulté.

3.3.2.3 L'organisation de la veille sociale au plan local et une coordination des professionnels et institutions permettraient d'améliorer le fonctionnement des PASS

Aujourd'hui, la veille sociale à l'échelon départemental est centrée sur l'organisation de la réponse à apporter essentiellement en matière d'hébergement d'urgence. L'extension de la démarche à l'observation de l'évolution des phénomènes de précarité constatés sur un territoire serait utile pour l'ensemble des structures d'accueil dont les PASS.

Par exemple, la mise en évidence de la montée de la précarité chez de jeunes adultes pourrait amener une PASS à renforcer ses liens avec la psychiatrie, à proposer une réponse en termes d'orientation vers des centres traitant les problèmes d'addiction, à assurer un service en soins dentaires, à les accompagner dans l'ouverture de leurs droits, à faire le lien avec la mission locale …

PARTIE 4 - LES INCIDENCES DU PAP-ND SUR LES PUBLICS LES PLUS ELOIGNES DE L'EMPLOI

Les conventions Etat-UNEDIC-ANPE et UNEDIC-ANPE du 13 juin 2001 ont défini au profit des bénéficiaires de l'assurance chômage de nouvelles modalités de l'aide au retour à l'emploi.

L'ANPE est le pivot du dispositif ; elle est en charge du pilotage, de la conduite et de la réalisation du projet d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP-ND) mis en œuvre à partir du 1er juillet 2001.

Soucieuses d'accentuer la dynamique de recherche d'emploi à partir du renforcement des outils mis à disposition et de l'amélioration de la cohérence dans leur mise en œuvre, les parties signataires de la convention ont tenu à faire du PAP ND un dispositif cohérent et opérationnel de la recherche d'emploi. En revanche, certaines associations travaillant dans le champ de l'exclusion, relayées par deux centrales syndicales ont estimé que le PAP-ND faisait peser des contraintes anormales sur les demandeurs d'emploi sans pour autant offrir des perspectives améliorées d'accès à l'emploi.

4.1 Le PAP-ND est un dispositif spécifique aux demandeurs bénéficiaires de l'allocation de retour à l'emploi

Le PAP-ND concerne l'ensemble des demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'assurance chômage sans discrimination (hors les personnes âgées d'au moins 57 ans et demi ou d'au moins 55 ans si elles justifient de 160 trimestres de cotisations d'assurance vieillesse et les personnes indemnisées dans le cadre du chômage sans rupture du contrat de travail) et les chômeurs titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI) inscrits à l'ANPE.

Il s'applique donc aussi bien aux publics en situation de précarité et les plus éloignés de l'emploi qu'aux publics « prioritaires » du service public de l'emploi (SPE) : jeunes de moins de 25 ans en chômage depuis plus d'un an, demandeurs d'emploi de plus de deux ans (DELD), femmes en situation de chômage de longue durée…

Parallèlement à la convention du 1er Juin 2001, un protocole d'accord national portant sur l'insertion professionnelle et l'accès à l'emploi des demandeurs d'emploi, bénéficiaires du RMI dans le cadre du PAP-ND a été signé entre l'Etat et l'ANPE. Celui ci prévoit la constitution de postes de travail « RMI » au sein des agences locales permettant un suivi personnalisé des demandeurs d'emploi bénéficiaires du RMI.

4.1.1 Le bénéfice de l'allocation d'aide au retour à l'emploi est soumis à de nouvelles obligations

Aux termes de la convention précitée[50], l'allocation est subordonnée à une démarche volontariste de la recherche d'emploi évaluée au moyen d'entretiens fixés par l'ANPE, les ASSEDIC et les services de contrôle de la recherche d'emploi des directions départementales du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) et réalisée par la mise en place d'un projet d'action personnalisé élaboré conjointement par le demandeur et l'agence.

Le PAP s'inscrit, par ailleurs, dans la durée, suivant un échéancier dont le respect par l'allocataire constitue une des conditions au maintien du bénéfice de l'allocation d'aide au retour à l'emploi.

Tous les six mois après le premier entretien qui a débouché sur l'élaboration d'un projet, le demandeur, s'il n'a pas déclaré un retour à l'emploi, est convoqué à l'agence locale aux fins de réactualisation du projet. L'absence non motivée à ces convocations comporte des sanctions financières (suspension du versement de l'allocation puis éventuellement radiation avec suppression des droits à l'assurance chômage) (cf. infra 4.1.5.).

4.1.2 Le PAP individualise et « contractualise » les modalités de la recherche d'emploi à partir d'un référent et d'un prescripteur unique : l'ANPE

Par l'intermédiaire de l'ASSEDIC, le demandeur d'emploi est convoqué à l'agence locale dont il relève pour un premier entretien. Cet entretien individuel réalisé avec un conseiller permet, à partir d'un diagnostic de « l'employabilité », de déterminer d'un commun accord le projet d'action à mettre en œuvre liant ainsi dans le temps les obligations respectives de l'agence et du demandeur.

Cependant, compte tenu de l'importance des flux d'entrants et du nombre d'actualisations à opérer, le suivi individualisé par le conseiller prescripteur du parcours vers l'emploi (actions d'adaptation, prestations…) était difficilement réalisable. Seuls les bénéficiaires du RMI inscrits à l'agence peuvent avoir ce suivi individualisé *(cf. supra).*

De fait, l'organisation retenue au sein des agences sépare l'activité « entretiens » de celle du suivi des prestations lorsque celles ci relèvent de prestataires externes (prestataires et bénéficiaires de la prestation). La norme communément adoptée en

[50] Article 2 (extrait) « *PARE et rappel des obligations réciproques : le plan d'aide au retour à l'emploi qui a pour objet de rappeler aux bénéficiaires de l'assurance-chômage (allocataires) leurs droits et obligations résultant du code de travail en matière de recherche d'emploi ainsi que les engagements du régime d'assurance chômage et de l'ANPE visant à favoriser le retour à l'emploi, attire en particulier l'attention des demandeurs d'emploi sur : - le fait qu'ils doivent effectuer des actes positifs de recherche d'emploi dans le cadre d'une recherche active d'emploi, se présenter aux convocations et aux entretiens fixés par l'ANPE et les services du contrôle de la recherche d'emploi (DDTEFP) et s'engager activement dans les actions de formation ou autres prestations susceptibles de leur être proposées dans le cadre d'un projet d'action personnalisé (PAP) élaboré entre l'allocataire et l'ANPE ;*

- *le fait que l'ASSEDIC s'engage à la mise œuvre d'aides destinées à favoriser le retour à l'emploi dans le cadre d'un projet d'action personnalisé….* »

matière de suivi des prestations externes est celle d'un correspondant nominativement désigné chargé d'aller dans les organismes faire remplir aux demandeurs une grille de bilan.

Le suivi des prestataires et de la prestation est distincte de la gestion induite par le recours à des opérateurs externes. Ainsi, dans chacune des six agences visitées par la mission, une structure dédiée se consacrait spécifiquement à la gestion administrative et financière des prestataires.

Toujours pour les mêmes raisons de flux, l'actualisation du PAP n'est pas, dans la grande majorité des cas, effectuée par le conseiller qui élabore le projet d'action personnalisé (dénommé PAP 01).

Ces modalités d'organisation répondent à une logique d'efficacité de la gestion des flux et de la prise en charge des demandeurs d'emploi entrants et des PAP à actualiser.

Néanmoins, à l'instar de ce qui existe pour les personnes bénéficiaires du RMI, un conseiller référent tout au long du parcours vers l'emploi pourrait être utilement désigné pour les demandeurs les plus en difficultés ou fragilisés. Cet accompagnement personnalisé serait de nature à consolider le lien entre l'engagement du demandeur vis à vis du PAP et son implication effective dans la démarche.

4.1.3 Le PAP repose sur une palette élargie d'actions et de prestations dont l'ANPE est l'unique prescripteur

La convention UNEDIC-ANPE a permis à l'agence d'asseoir le contenu du PAP sur un large éventail de moyens offerts aux demandeurs d'emploi. L'agence dispose, au delà de sa propre offre traditionnelle de services (libre accès, appui individualisé, accompagnement renforcé et accompagnement social individualisé), d'une gamme étendue d'actions et de mesures destinées à *« soutenir la recherche d'emploi »* et à favoriser le retour à l'emploi (cf. encadré ci-dessous).

Offre de services de l'ANPE.

- ***Libre accès*** : consultation des offres d'emploi, mise à disposition des outils informatiques pour la rédaction des CV, envoi de messages, recherche d'adresse et des outils documentaires…
- ***Appui individualisé*** : prestations réalisées par l'agence ou un de ses prestataires externes.
  - travail en atelier pour une réponse rapide à un besoin et destiné à : - organiser la recherche d'emploi, répondre aux offres d'emploi, valider un projet professionnel ou à acquérir une méthode pour mener de façon autonome les actions nécessaires au retour ou à l'accès à l'emploi ; - impulser et entretenir une dynamique de recherche d'emploi.
- ***Accompagnement renforcé*** :
  - objectif emploi individuel (public cible : demandeur présentant des risques de chômage de longue durée) : - contact avec les entreprises, interventions auprès de ces entreprises pour faciliter et négocier l'embauche, mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi et acquisition ou approfondissement des techniques de recherche d'emploi;
  - objectif projet individuel permettant soit de mieux se connaître et connaître son environnement, soit de formuler des hypothèses concernant le projet et d'élaborer un plan d'action définissant les différentes étapes afin d'atteindre la cible retenue…
  - bilan de compétences approfondi destiné à permettre un repositionnement professionnel et élaborer une stratégie visant à une insertion professionnelle satisfaisante, à se préparer à une mobilité vers des emplois supposant un transfert ou une amélioration de ses compétences, à approfondir, réorienter ou valider un projet professionnel….
- **Accompagnement social individualisé** :
  - actions permettant une acquisition ou une réacquisition de la lecture, de l'écriture et du langage ;
  - déclenchement d'une mesure d'appui social en coordination avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Mesures d'aide et d'accompagnement prescrites par l'ANPE et relevant de différents opérateurs :

- **Formation** : aides à la formation réalisées par l'AFPA (prestation d'appui à la construction d'un projet de formation), formations réalisées par cet établissement et aides financières à la formation de l'UNEDIC (article 10 de la convention du 13 juin 2001);
- **Aides à la mobilité** (financements Etat et UNEDIC) ;
- **Accompagnement dans l'emploi** (PADE) : mesure destinée aux publics rencontrant des difficultés pour intégrer une entreprise ou à stabiliser les personnes dans un emploi de façon durables ;
- **Mesures « passerelles ver l'emploi »** : pour les jeunes de moins de 25 ans : TRACE et pour l'ensemble des demandeurs, les mesures d'insertion par l'activité économique, chantier d'insertion, travail au sein des entreprises d'insertion (EI et ETTI).

En outre, depuis juillet 2002, les bénéficiaires du projet d'action personnalisé peuvent disposer du service intégré ANPE/AFPA qui prévoit l'appui de cette dernière pour l'élaboration des projets de formation et leur suivi ainsi que la mise à disposition dans le cadre de l'accès à l'emploi d'une offre de service conjointe (Espaces ressources Emploi). Enfin, l'agence peut faire jouer l'aide dégressive à l'employeur comme mesure incitative à l'embauche des demandeurs.

Pilote du PAP et prescripteur unique pour son contenu, l'ANPE est ainsi en mesure d'assurer la cohérence de ses interventions et des modalités d'accompagnement ; elle est aussi en capacité d'ajuster dans le temps les moyens d'un parcours vers l'emploi adapté à la situation personnelle des demandeurs au regard de l'emploi.

En outre, son positionnement central en matière de recueil des offres d'emploi et sa participation aux travaux de diagnostic et d'élaboration des plans locaux d'action du

SPE lui permettent, en principe, d'intégrer efficacement l'adéquation du contenu du PAP à la situation du marché du travail.

Dans ce cadre général, le PAP constitue potentiellement une réponse adaptée aux difficultés de retour à l'emploi des publics en situation de précarité ou qui en sont les plus éloignés. Il enrichit les moyens d'une remise à niveau de l'employabilité de ces publics et assure une prise en charge effective du parcours de retour à l'emploi.

4.1.4 Les mesures mises en œuvre dans le PAP ne se substituent pas à celles destinées aux publics prioritaires du SPE

Le PAP intègre les mesures et dispositifs existants relevant du SPE au profit des personnes les plus en difficultés sur le marché du travail. L'agence peut ainsi mettre en œuvre les « mesures globalisées » de l'Etat et mobiliser celles relevant de l'accès à l'emploi du secteur marchand (cf. encadré ci dessous). Elle peut combiner encore dans le PAP des prestations d'accompagnement et d'appui aux mesures emploi.

Mesures d'accès à l'emploi déclenchées par l'ANPE relevant de l'action territorialisée de lutte contre le chômage de longue durée du service public de l'emploi.

- Mesures « globalisées » de l'Etat dans le secteur non marchand :
- contrat emploi solidarité (CES),
- contrat emploi consolidé (CEC),
- stage collectif d'insertion et de formation dans l'emploi (SIFE collectif).

- Mesures Etat du secteur marchand :
- stage d'accès à l'emploi (SAE),
- contrat initiative emploi (CIE),
- SIFE individuel,
- contrat de qualification adulte (CQA) et contrat de qualification jeune ,
- contrat jeune en entreprise

Plus globalement, le PAP s'inscrit dans les lignes directrices du SPE et du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité qui tendent au plan des objectifs à lier le développement de l'emploi et l'insertion des publics en difficulté, à diminuer le chômage des jeunes en difficulté et construire et développer les passerelles vers l'entreprise pour les personnes les plus en difficulté.

4.1.5 L'évolution du nombre de radiations suscite des interrogations quant à l'exposition à la sanction des publics fragiles

4.1.5.1 La controverse sur les radiations qui oppose le mouvement associatif à l'UNEDIC et à l'ANPE repose en partie sur une lecture divergente de la finalité du PARE-PAP

A l'instar de la FNARS, les associations estiment que la nouvelle convention ouvre et officialise un accès aux droits en matière d'aide au retour à l'emploi pour les chômeurs indemnisés. Elles relèvent ainsi que le dispositif du PAP introduit, outre un déséquilibre trop important entre les obligations mises à la charge du demandeur

d'emploi et celles imparties aux employeurs, un système de sanctions inapproprié au regard de l'objectif affiché de retour à l'emploi. En d'autres termes, selon les associations de chômeurs, la logique du PARE-PAP correspond davantage à une logique financière d'allègement de la charge pour l'UNEDIC qu'à un dispositif facilitateur de la recherche d'emploi.

Cette opinion est contestée par l'ANPE et l'UNEDIC qui considèrent que le processus contractuel instauré par le PAP est d'une part équilibré quant aux obligations respectives des deux parties et que, d'autre part, le régime de sanctions mis en place ne constitue pas une nouveauté.

Ces positions exprimées au moment de la signature de la convention n'ont pas changé par la suite. La constatation de la hausse sensible des radiations depuis le 1er juillet 2001 a plutôt renforcé les crispations et les procès d'intention.

C'est ainsi, à titre d'exemple, que les représentants des associations de chômeurs au comité de liaison de Vaulx-Villeurbanne, en octobre 2002, affirmaient que la mise en œuvre du PAP-ND se traduisait principalement par des *« pressions renforcées »* à l'égard des demandeurs d'emploi et une augmentation anormale des radiations. Plus généralement, ils observaient *« que le nombre d'offres d'emploi est seulement d'environ un pour dix demandeurs, et que le nombre de licenciements explose. Dans ces conditions, le système de convocation systématique et de relance mis en place a pour effet de faire pression sur les demandeurs d'emploi pour leur faire accepter des emplois de plus en plus précarisés, ou des formations non choisies, et/ou de les mettre en état de surveillance à travers la pratique de prescriptions systématiques dont l'efficacité reste à prouver ».*

4.1.5.2 L'interprétation de la hausse des radiations doit être nuancée

L'évolution à la hausse des « radiations » du fichier de l'ANPE est incontestable mais son interprétation doit être nuancée quant aux causes et aux conséquences de la sortie du fichier « demandes d'emploi sorties ».

Il convient, au préalable, de distinguer sous le vocable de « radiation » l'opération qui consiste pour l'ANPE à extraire de son fichier l'ensemble des demandes d'emploi sorties en fin de mois (radiation ANPE) de la radiation administrative *stricto sensu* décidée par la DDTEFP.

Pour ce qui concerne la « radiation ANPE », celle ci correspond à la fois aux décisions administratives de radiation prises par la direction départementale et aux suspensions pour « non réponse à convocation ou visite médicale » (cf. tableau ci dessous), mesures qui relèvent de l'article 6 de la convention et qui sont prises par les ASSEDIC après signalement informatique opéré par l'agence.

Tableau n° 6 Demandes d'emploi sorties pour radiations administratives – 2002

	Refus d'emploi	Refus de formation	Manque de recherche	Non réponse à convocation ou visite médicale	Fausse déclaration	TOTAL des demandes sorties pour radiations	Total des demandes d'emploi sorties tout motif	% de demande d'emploi sorties pour radiations
JANVIER	420	50	570	22 560	27	23 627	349 056	6,8%
% ligne	*1,8%*	*0,2%*	*2,4%*	*95,5%*	*0,1%*	*100,0%*		
FEVRIER	539	80	570	24 224	17	25 430	322 287	7,9%
% ligne	*2,1%*	*0,3%*	*2,2%*	*95,3%*	*0,1%*	*100,0%*		
	703	97	691	22 121	30	23 642	341 651	6,9%
% ligne	*3,0%*	*0,4%*	*2,9%*	*93,6%*	*0,1%*	*100,0%*		
AVRIL	781	121	679	26 032	28	27 641	341 829	8,1%
% ligne	*2,8%*	*0,4%*	*2,5%*	*94,2%*	*0,1%*	*100,0%*		
MAI	595	83	537	26 551	21	27 787	317 473	8,8%
% ligne	*2,1%*	*0,3%*	*1,9%*	*95,6%*	*0,1%*	*100,0%*		
JUIN	896	68	720	32 258	20	33 962	314 446	10,8%
% ligne	*2,6%*	*0,2%*	*2,1%*	*95,0%*	*0,1%*	*100,0%*		
JUILLET	1 145	52	822	37 045	37	39 101	329 123	11,9%
% ligne	*2,9%*	*0,1%*	*2,1%*	*94,7%*	*0,1%*	*100,0%*		
AOUT	943	30	608	31 124	23	32 728	281 151	11,6%
% ligne	*2,9%*	*0,1%*	*1,9%*	*95,1%*	*0,1%*	*100,0%*		
SEPTEMBRE	660	82	560	30 752	22	32 076	409 773	7,8%
% ligne	*2,1%*	*0,3%*	*1,7%*	*95,9%*	*0,1%*	*100,0%*		
OCTOBRE	813	86	774	37 621	35	39 329	415 507	9,5%
% ligne	*2,1%*	*0,2%*	*2,0%*	*95,7%*	*0,1%*	*100,0%*		
NOVEMBRE	469	62	640	28 519	17	29 707	344 603	8,6%
% ligne	***1,6%***	***0,2%***	***2,2%***	***96,0%***	***0,1%***	***100,0%***		

Source ANPE

Les décisions administratives de radiation pour refus d'emploi, refus de formation, manque de recherche et fausse déclaration ont représenté en 2002 moins de 5% des « radiations ANPE » (correspondant à environ 17 000 suppressions du fichier) alors que la part des décisions de sortie du fichier pour non réponse à convocation ou visite médicale représentait plus de 95% de ces sorties (près de 370 000).

Par ailleurs, le nombre des décisions administratives de radiations semble avoir régressé entre 2000 et 2002. D'après les données statistiques établies par les services du contrôle de la recherche d'emploi (SCRE), plus de 24 000 radiations ont été décidées en 2000. Même si cette comparaison est établie à partir de données agrégées non homogènes et renvoie aux niveaux d'activité des SCRE, il semble établi que les radiations « sanction » apparaissent, en volume et en proportion du nombre de demandeurs d'emploi inscrits, en régression (2 170 748 demandeurs d'emploi indemnisés (DEI) en 2002, 2 031 241 pour l'année 2000).

En outre, l'ANPE et la DARES estiment que, dans près de quatre cas sur dix, les personnes « radiées » pour non réponse à convocation ont repris un emploi, soit environ 148 000 personnes.

4.1.5.3 La hausse du nombre de demandeurs d'emploi « radiés » résulte de la combinaison de différents facteurs

En premier lieu, comme l'indique justement le directeur général adjoint de l'ANPE, cette hausse est une « *conséquence de l'accroissement du nombre de convocations à l'ANPE, les demandeurs d'emploi sont convoqués tous les six mois. Le nombre d'entretiens est passé à 600 000 par mois, contre 250 000 à 300 000 avant le PAP* ».

En second lieu, il est aussi incontestable que les modalités de contrôle de l'effectivité du parcours vers l'emploi et de la recherche d'emploi ont été renforcées. L'obligation qui est faite aux personnes de répondre non seulement aux convocations pour actualisation du PAP, mais aussi à celles ponctuelles émises soit par l'ANPE, l'ASSEDIC ou le SCRE dans le cadre des enquêtes de vérification de la recherche d'emploi (article 5 de la convention Etat-UNEDIC-ANPE du 13 juin 2001) constitue une contrainte nouvelle pour les demandeurs d'emploi.

4.1.5.4 Lors du premier entretien une partie des demandeurs ne semblent pas avoir intégré l'obligation de l'actualisation à six mois

En dépit de l'information qui est faite à l'occasion du premier entretien sur le processus obligatoire de l'actualisation, une partie importante des demandeurs ne semble pas avoir intégré cette dimension du PAP.

Les données nationales qui ont été relevées sur le niveau d'absence aux convocations montrent bien l'existence d'un hiatus dans la perception du dispositif : formalité administrative plus qu'inscription dans un parcours ; défaut de perception du lien entre les obligations et la sanction ; absence de compréhension du dispositif en général ; refus explicite ou implicite d'entrer dans la démarche ?

Si la mission n'est pas en mesure de cerner les causes de ce hiatus, elle a pu constater au cours de ses déplacements dans les agences que l'information sur l'échéancier et les étapes du PAP était donnée à l'occasion du premier entretien et que des relances étaient effectuées lorsque le demandeur n'avait pas répondu à la convocation pour actualisation.

Cependant, à titre d'illustration, à l'agence locale de Créteil (Val-de-Marne) pour le mois de septembre 2002, seulement 57% des demandeurs d'emploi convoqués pour l'actualisation à 6 mois étaient présents à l'entretien en dépit d'une procédure de convocation écrite spécifiant explicitement les conséquences qui s'attachaient à la non réponse à cette convocation.

Par ailleurs, dans le même département, la statistique mensuelle, éditée par l'agence, du mois de novembre de la même année faisait état d'un taux d'absences au contrôle de près de 40%.

L'ensemble des directeurs d'agence locale rencontrés par la mission ont fait part à la mission de ce même constat d'absentéisme sans pouvoir expliciter précisément les causes du phénomène.

4.1.5.5 Les risques auxquels s'exposent plus particulièrement les publics en difficulté semblent réels

L'impossibilité technique actuelle de mesurer l'évolution des « radiations » pour les publics en difficulté et les plus éloignés de l'emploi ne peut cacher les risques auxquels s'exposent plus particulièrement ces publics dans le cadre du PAP.

Le système d'information de l'ANPE ne permet pas de distinguer les types de demandeur « radiés » et les données statistiques établies par les SCRE n'individualisent pas, par catégorie, les personnes convoquées. Néanmoins, il est probable, compte tenu des caractéristiques de fragilité des publics en situation de précarité (difficulté d'accès au logement, souffrance psychique, lien social distendu, illettrisme…) que les « radiations sanctions » affectent plus que proportionnellement ces catégories de personnes.

Sans avoir de valeur autre qu'un cas d'exemple, la mission a pu relever à l'agence locale de Créteil que le nombre de bénéficiaires du RMI absents aux convocations était identique à celui des présents sur une période de neuf mois (Mai 2002-Janvier 2003) malgré l'existence d'un système de prise en charge et de suivi spécifique à cette catégorie de demandeurs d'emploi.

4.1.6 Des efforts d'information sur les risques et conséquences qui s'attachent au non respect des modalités d'actualisation sont à réaliser

Même si les demandeurs radiés et suspendus peuvent à tout moment se réinscrire à l'ANPE et percevoir à nouveau l'allocation chômage (articles 6 à 8 de la convention Etat-UNEDIC-ANPE), la période pendant laquelle il y a eu suspension de cette allocation peut fragiliser encore un peu plus les conditions de vie des publics en situation de précarité. L'absence de ressources momentanées complique leur maintien dans l'habitat ou les empêche durablement d'y accéder faute de solvabilité, accentue les difficultés financières (endettement ou surendettement) et psychologiques auxquelles ils pouvaient déjà être confrontées.

L'actuelle absence d'outils de repérage de ces publics ne permet pas à l'ANPE de limiter ces risques.

Comme on l'a déjà relevé, l'information des agences locales sur le dispositif du PAP s'avère exhaustive quant à son contenu. Cependant, une partie du premier entretien pourrait plus fortement être centrée sur la dimension contractuelle du PAP et les obligations qui s'attachent au respect des modalités de l'engagement dans le projet.

Cette mesure générale pourrait être aménagée pour les demandeurs présentant des difficultés particulières (risque d'illettrisme, destructuration sociale…) et lorsqu'il y a prescription d'un accompagnement vers l'emploi (prestations d'accompagnement renforcé, appui social individualisé). Dans ces cas de figure où le retour à l'emploi est conditionné, en amont, par un travail intense sur l'employabilité, l'agence pourrait jalonner ces parcours par des points d'étape à l'intérieur de la période conventionnelle des six mois.

Si les agences locales ont mis en œuvre un dispositif efficace de suivi de leurs prestataires externes et des prestations et qu'elles disposent, en conséquence, d'états de réalisation de ces prestations pour les demandeurs, l'arrêt de la prestation donne lieu à un signalement particulier mais n'engendre aucune action spécifique vis à vis du demandeur.

A cet égard, il serait utile que les agences locales, complémentairement aux statistiques sur les abandons, disposent des motifs de ces abandons en cours de prestation avant la première actualisation (dénommée PAP 02 dans le langage technique adopté par l'ANPE) et entre celle-ci et la seconde actualisation (PAP 03). Ce repérage permettrait à la fois un travail sur l'adéquation de la prestation préconisée au diagnostic établi et de cette prestation à une sortie efficace vers l'emploi. Il permettrait en outre, d'adapter le suivi des demandeurs selon l'intensité des risques d'abandon et enfin d'être plus réactif aux situations de rupture lorsque celles ci concernent des publics en difficulté.

4.2 La mise en œuvre du PAP-ND a confirmé les difficultés particulières liées à la prise en charge des publics les plus éloignés de l'emploi

4.2.1 La charge nouvelle de travail a été importante et s'est accompagnée dans un premier temps de tensions et de certains dysfonctionnements

4.2.1.1 Les objectifs d'entrées en PAP et d'actualisations ont été globalement atteints avec des moyens humains et financiers supplémentaires

Durant l'année 2002, près de 5 900 000 entretiens PAP ont été réalisés. Le stock initial des demandeurs d'emploi[51] au début de l'application de la convention était de 3 430 000 et le stock à reprendre en novembre 2002 se situait à un peu plus de 260 000 demandeurs.

Tableau n°7 Entrées en PAP durant l'année 2002

	Total PAP 01	**Dont CLD>12 mois**	**Dont allocataire RMI**	**Actualisation PAP 02**	**Actualisation PAP 03**	**Actualisation PAP 04**	**Total PAP du mois**
JANVIER	366 197	54 000	27 995	84 582			450 779
FEVRIER	314 312	56 905	29 095	56 186			370 498
MARS	314 972	57 000	31 523	59 471			374 443
AVRIL	284 195	56 000	28 158	110 320			394 515
MAI	254 808	54 000	23 662	147 586			402 394
JUIN	287 821	71 587	27 873	182 016	5931		475 768
JUILLET	347 177	57 828	27 469	213 983	36 117		597 277
AOUT	259 430	33 993	16 808	185 472	25 893		470 795
SEPTEMBRE	341 629	42 900	21 106	226 415	34 639		602 683
OCTOBRE	379 599	46 958	26 483	208 602	52 144		640 345
NOVEMBRE	294 282	37 453	23 725	176 545	62 172	377	533 376
DECEMBRE	266 990	32 519	20 848	195 844	91 159	6360	560 353
TOTAL 2002	**3 711 412**	**601 238**	**304 745**	**1 847 022**	**308 055**	**6737**	**5 873 226**

Source ANPE.

Au total, depuis juillet 2001, plus de 8 000 000 d'entretiens ont été réalisés dont 950 000 concernaient les chômeurs de longue durée (de plus d'un an) et près de 500 000 les bénéficiaires du RMI.

[51] Ce stock est constitué des demandeurs d'emploi de toutes catégories :1-2-3-6-7-8

Ventilés par niveaux de services et par types de bénéficiaires, on obtient, pour l'année 2002, les chiffres suivants :

Tableau n° 8

PAP 01 à PAP 04	Libre service	Appui individualisé	Accompagnement renforcé	Accompagnement social	Total
Total	2 252 818	2 693 893	824 007	102 508	5873 226
%	38,36%	45,87%	14,03%	1,75%	100%
Dont DELD	362 323	470 962	165 476	24 019	1 022 780
%	35,43%	46,05%	16,18%	2,35%	100%
Dont RMI	153 078	307 526	100 710	28 732	590 046
%	25,94%	52,12%	17,07%	4,87%	100 %

Source ANPE.

Pour permettre la prise en charge de ces flux, l'UNEDIC a financé le recrutement par l'ANPE de 3 650 agents supplémentaires et d'un certain nombre de prestations :

- 229 000 bilans- accompagnements renforcés ;
- 76 000 bilans de compétence approfondis ;
- 130 000 examens de capacité professionnelle.

Pour ce qui concerne les bénéficiaires du RMI, le protocole d'accord national Etat-ANPE (cf. supra) a créé 30 postes installés dans certaines agences locales pour le suivi personnalisé de cette catégorie de demandeurs. Aux termes du protocole «*ces postes co-financés par le Conseil Général génèrent l'équivalent de 60 équivalents temps plein* ».

Enfin, la convention du 1er juin 2001 prévoyait qu'environ 75 000 PAP seraient mis en œuvre et suivis par des partenaires conventionnées par l'ANPE.

La mobilisation des agences locales pour assumer les flux supplémentaires fut intense et a nécessité une réorganisation de leurs ressources au profit du PAP. C'est ainsi que les services aux demandeurs d'emploi ont représenté, pour l'année 2002, la moitié du temps d'une ALE soit 6 points de plus qu'en 2000.

4.2.1.2 Le bilan qualitatif du PAP-ND est plus malaisé à établir, a fortiori pour les publics en difficulté

Il n'existe pas de bilan qualitatif *stricto sensu* de l'efficacité du PAP-ND. L'impact propre du dispositif sur les demandeurs d'emploi reste à évaluer. En effet, les indicateurs constitués par l'ANPE permettent seulement de donner la mesure de l'activité générée par les PAP (entretiens et offres de service) et de rendre compte des chiffres globaux de retour à l'emploi obtenus dans le cadre combiné du dispositif PAP et de ceux relevant du SPE.

Indicateurs ANPE

- Nombre de PAP pour des demandeurs d'emploi venant de s'inscrire.

- Stocks des demandeurs d'emploi à reprendre en PAP (demandeurs d'emploi présents dans les fichiers ANPE au 30 juin 2001). Ce stock est réactualisé en fin d'année.

- Service proposé à la suite de l'entretien d'entrée en PAP :
-% de libre accès,
-% d'appui individualisé,
-% d'accompagnement renforcé,
-% d'accompagnement social.

Nombre de propositions de formations.

- Taux de sortie à 12 mois des demandeurs d'emploi de catégorie 1, 2, 3.

Cependant, les niveaux globaux de sortie dans l'emploi, ceux concernant les publics prioritaires du SPE et les taux de mise en relation positive sur les offres d'emploi anonymes fournissent des éléments d'appréciation de l'efficacité du PAP.

Les offres d'emploi satisfaites en 2002 ont été un peu plus importantes qu'en 2001 (193 495 contre 191 727).

En données annuelles cumulées, le taux de satisfaction par mise en relation positive sur les offres d'emploi atteint 64,2% pour un objectif fixé à 66%.

Toutefois, hormis l'objectif de sortie du chômage des bénéficiaires du RMI pour qui l'objectif de 539 000 sorties du chômage toutes durées d'ancienneté confondues a été dépassé (548 000), les autres objectifs nationaux fixé par le SPE pour les publics prioritaires n'ont pas globalement été atteints :

- pour les chômeurs de longue durée (plus de 2 ans) l'objectif de réduction de 40 000 n'a été réalisé qu'à hauteur d'environ 18 000 ;
- l'évolution du chômage de longue durée des jeunes de moins de 25 ans dont l'objectif était la stabilisation au niveau de 2001 (environ 45 000) n'a pas été atteint puisque l'estimation du chiffre fin 2002 s'établissait à 60 000.

4.2.2 La montée en charge ne s'est pas réalisée sans tensions

La gestion des flux pour les entretiens s'est révélée dans un premier temps compliquée du fait de l'insuffisance du nombre de conseillers et de postes de travail disponibles. Les apports des nouveaux conseillers recrutés n'ont pas été immédiats compte tenu du temps consacré à leur formation. L'acquisition des techniques d'entretien et d'élaboration du plan d'action, de l'utilisation du nouveau logiciel commun à l'UNEDIC et à l'agence et le service courant aux demandeurs d'emploi ont dû être menés de front.

En dépit des recrutements supplémentaires, la charge de travail globale des conseillers a été alourdie et certains d'entre eux se sont plaints de difficultés à pouvoir assumer correctement les différentes tâches qui leur sont simultanément confiées

(entretien et élaboration du PAP, mise en œuvre et suivi des prestations réalisés en interne, contrôle des prestataires externes…). En outre, l'absence de formation spécifique à l'accueil et à l'entretien avec des publics difficiles est ressentie comme une gêne.

Les temps d'attente pour l'entretien peuvent encore dépasser deux heures dans les agences situées en milieu urbain malgré les efforts de rationalisation de gestion des flux qui ont été réalisés (prise de rendez-vous à heure fixée, annonce du temps d'attente avec proposition de rendez-vous…).

Les temps d'entretien n'atteignent généralement pas les 45 minutes prescrites. D'après une étude de l'ANPE, la durée des entretiens pour le PAP 01 fait ressortir un temps moyen de 35 minutes.

En Côte-d'Or la variation de la durée se situe entre 10 et 35 minutes (quelquefois 45), en Indre-et-Loire et dans le Rhône la moyenne s'établit à 30 minutes.

De fait, l'importance des flux conditionne significativement le temps d'entretien qui est plus long en milieu rural que dans les agences situées en agglomération. En revanche, il n'y a pas de différence notable de la durée moyenne des entretiens entre le PAP 01 et le PAP 02 (34 minutes).

En dehors du problème lié à la durée d'attente pour les entretiens, l'agence a su globalement, depuis le milieu de l'année 2002, gérer les flux nouveaux des demandeurs et être suffisamment réactive dans la mise en place des procédures d'actualisation des PAP.

4.2.3 Les agences ont été confrontées plus fortement que par le passé aux problématiques posées par le retour à l'emploi des publics défavorisés

L'évolution conjoncturelle de l'offre d'emploi dans le secteur marchand et les capacités offertes par les mesures « Etat » ou les dispositifs d'insertion retentissent fortement sur les conditions de mise en œuvre du PAP pour les publics les plus éloignés de l'emploi.

Dans un contexte d'affaissement de l'offre d'emploi, le retour à l'emploi des publics en situation de précarité se complique du fait de l'effet de prime dont bénéficient les demandeurs les plus immédiatement « employables », de la faible capacité sinon des réticences des employeurs à privilégier des publics prioritaires notamment par l'utilisation du contrat jeune en entreprise, du contrat de qualification adulte (cf. rapport intermédiaire partie 1.4.) ou du contrat d'adaptation.

Tributaire au premier chef de l'état du marché du travail, la situation des publics en difficulté au regard du retour à l'emploi se complique encore lorsque se combinent la contraction des capacités de l'offre dans le secteur non marchand, la fragilité des structures d'insertion par l'activité économique (cf. rapport intermédiaire partie 1.2.) elles mêmes dépendantes du contexte général et la persistance de difficultés sur le terrain à construire et développer les passerelles vers l'entreprise.

Dans ce contexte, comme le relève le programme départemental d'action pour l'emploi du Val de Marne « *la situation des demandeurs d'emploi qui n'ont pas bénéficié (de) la reprise devient de plus en plus difficile et la demande d'emploi de longue durée concerne désormais des publics de plus en plus éloignés de l'emploi* ».

En outre, dans le cadre de l'élaboration d'un projet cohérent de retour à l'emploi, l'ANPE est confrontée à des publics de plus en plus nombreux (selon les témoignages des interlocuteurs rencontrés par la mission qui n'ont pu cependant chiffrer cette évolution) dont les problèmes sont autant d'obstacles complexes à traiter indépendamment de l'accès à l'emploi. Ainsi la souffrance psychologique imputable à la dévalorisation consécutive à la perte d'emploi, à la dépendance à l'alcool, au manque ou à l'absence de lien social et les difficultés de logement limitent fortement la capacité à s'inscrire dans un projet de moyen terme de recherche d'emploi. De même, l'illettrisme constitue un frein important à l'autonomie de la recherche d'emploi.

4.2.4 L'ANPE n'a pas particularisé son offre de service pour les publics en difficulté

4.2.4.1 Le PAP-ND ne distingue pas les demandeurs entre eux

Contrairement aux mesures globalisées du SPE dont bénéficient prioritairement certains publics (jeunes en difficultés, DELD de plus de deux ans, bénéficiaires du RMI…), la convention institutive du PAP-ND ne discrimine pas les demandeurs suivant leur positionnement au regard de l'emploi. On rappellera que l'agence dispose d'une palette d'outils qu'elle est chargée de proposer et de mettre en œuvre au bénéfice de l'ensemble des bénéficiaires de l'ARE.

4.2.4.2 L'agence se heurte à des difficultés supplémentaires pour les demandeurs les plus éloignés de l'emploi

Faute d'informations préalables sur le demandeur d'emploi, l'entretien qui permet d'établir un diagnostic sur l'employabilité se révèle être un exercice compliqué dans le laps de temps imparti. En effet, lors de ce premier entretien (PAP 01) le conseiller chargé d'élaborer le projet ne dispose d'informations ni sur la situation du demandeur (DELD, jeune sans qualification..) ni sur le type de parcours suivi avant l'entrée en PAP.

De fait, la valeur ajoutée de l'entretien risque de se limiter à une offre de prestations plus ou moins adaptée à la situation du demandeur et qui, en tout état de cause, devra être corrigée lors de l'actualisation à six mois. Le flou qui entoure l'adaptation de la prescription aux caractéristiques du demandeur est d'autant plus réel que les motifs du recours à une mesure plutôt qu'à une autre ne sont pas explicites[52].

C'est dans ce contexte que certaines agences locales sont amenées à l'occasion de la convocation pour actualisation du PAP à essayer, à partir d'un questionnaire joint, de mieux cerner le profil et le cursus du demandeur.

[52] Le seul outil d'aide à l'analyse des situations des demandeurs à la disposition des conseillers , le « guide de l'analyse partage à la proposition » semble peu ou pas utilisé.

Ainsi dans le Val-de-Marne, l'agence de Créteil intègre, à titre expérimental, dans le courrier de convocation pour le PAP 02 un questionnaire portant sur la situation du demandeur, son objectif professionnel, les modalités de la recherche d'emploi et les obstacles rencontrés (santé, logement, ressources financières, contraintes familiales, absence de soutien, découragement).

Les données nationales d'évolution des prescriptions entre le PAP 01, le PAP 02 et le PAP 03 démontrent l'importance des corrections apportées dans le temps.

Tableau n° 9 Evolution des propositions des offres de service

	PAP 01	**PAP 02**	**PAP 03**
Libre accès	44,3%	34,4%	29,9%
Appui individualisé	42,5%	47,5%	49,8%
Accompagnement renforcé	12,3%	15,8%	16,4%
Accompagnement avec appui social	0,9%	2,3%	4%

Source ANPE

En d'autres termes, la forte augmentation des prestations d'accompagnement renforcé et d'accompagnement social prescrites entre les différents projets confirme, au delà d'erreurs de prescription compréhensibles, la difficulté de repérage, en amont, des demandeurs présentant un risque de non retour à l'emploi à l'échéance du premier projet et les incertitudes sur le caractère opérationnel de la première prescription.

En outre, il est apparu que les moyens humains et financiers dont disposent les agences, conditionnant, en partie, la détermination du type de prescription proposée influent fortement sur l'accès du demandeur aux prestations. Les objectifs internes de réalisation d'un certain nombre de prestations (service accompagnement, bilan de compétences approfondi, service évaluation, service atelier, services d'appui à l'élaboration du projet de formation réalisé par l' AFPA) sont fixés aux agences plus sur la base de ces moyens qu'au regard de la nature des publics entrants en PAP.

Il en est de même pour le recours à la sous-traitance qui est conditionné à la fois par le nombre et la qualité des opérateurs mais aussi par l'enveloppe budgétaire locale.
Ainsi, faute d'une prise en compte préalable des problématiques particulières des publics en difficulté, de l'absence d'éléments de repérage de ces publics lors de l'entrée dans le PAP et compte tenu des conditions présidant aux choix des prescriptions, le processus de retour à l'emploi de ces publics dans le cadre du PAP-ND demeure fragile.

4.3 Les conditions de mise en œuvre du retour à l'emploi des publics en situation de précarité dans le cadre du PAP-ND pourraient être améliorées

Dans ce contexte, des aménagements dans la prise en charge des demandeurs d'emploi les plus éloignés de l'emploi semblent indispensables pour limiter les facteurs de risque de rupture.

➢ Dans un premier temps s'impose la nécessité d'une identification préalable des publics en situation de difficulté. Cette exercice est déjà réalisé pour les allocataires du

RMI ; il serait possible de l'étendre aux demandeurs présentant des risques potentiels de non retour à l'emploi dans le court terme (chômeurs de longue durée, jeunes sans qualification et demandeurs d'emploi depuis plus d'un an, demandeurs déjà bénéficiaires dans le passé de mesures passerelles, CES, CIE…).

➢ L'organisation de l'entretien et de l'élaboration du PAP, dans un second temps, serait particularisée pour ces publics afin d'affiner le processus d'élaboration du projet (diagnostic et prescription). A cet égard, il conviendrait de renforcer la coordination des acteurs et la complémentarité des interventions autour des personnes en situation d'exclusion lorsque sont prescrites des mesures d'accompagnement renforcé ou d'appui social individualisé. De la même manière, il est nécessaire de privilégier l'inscription de ces publics dans des parcours qui mobilisent à la fois des mesures d'accès à l'emploi ou à la formation et des actions d'accompagnement social.

➢ Par la suite, un suivi renforcé de ce parcours vers l'emploi pourrait être mis en œuvre (cf. *supra*) afin de limiter les risques de rupture.

Ces modalités de prise en charge et de traitement spécifique des publics en situation de difficulté ne nécessitent pas une réorganisation du travail des agences locales. En particulier, elles ne supposent pas une spécialisation des postes de travail, ni une segmentation des tâches en fonction des publics accueillis.

En d'autres termes, ces modalités impliquent une extension du système du suivi personnalisé des demandeurs d'emploi actuellement mis en œuvre au profit des bénéficiaires du RMI sans pour autant devoir constituer des postes *ad hoc* et affecter des conseillers spécifiquement attachés à des publics particuliers.

4.4 Une évaluation précise de l'impact et de l'efficacité du PAP-ND pour les publics les plus éloignés reste à réaliser

Il serait prématuré, faute d'évaluation précise de l'impact et l'efficience du PAP-ND en tant que tel, de conclure que ce dispositif n'est pas en soi adapté à des demandeurs en situation de fragilité ; aucun élément, non plus, ne permet d'étayer, données à l'appui, la thèse selon laquelle le PAP-ND compliquerait plus qu'avant la situation de ces catégories de demandeurs pour leur retour à l'emploi.

Pour autant, les risques de faire prévaloir, dans le processus contractualisé de la recherche d'emploi, la logique de contrôle au détriment de l'objectif central qui est de favoriser ce retour à l'emploi subsistent plus fortement pour ceux dont le parcours implique un travail préalable sur leur employabilité.

PARTIE 5 – LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE

Connue depuis l'antiquité comme une pathologie d'origine professionnelle, l'intoxication par le plomb a été médiatisée à partir de 1984 en France. Sont révélés alors des cas d'enfants victimes d'intoxication grave, par exposition au plomb contenu dans les vieilles peintures, le plus souvent dégradées[53]. L'intoxication chronique par le plomb peut retentir sur le développement de l'enfant et provoquer notamment un retard intellectuel irréversible. La détection de cette intoxication se fait par mesure du taux de plomb dans le sang (plombémie) car les signes cliniques de l'intoxication ne sont pas manifestes, sauf en cas de plombémie très élevée.

Pour éviter qu'après traitement, les enfants atteints ne retournent dans des lieux les exposant au plomb (sous forme de poussière ou d'écailles de peinture), la loi d'orientation de lutte contre les exclusions et ses décrets d'application ont renforcé le dispositif de lutte contre le saturnisme infantile.

L'article 123 de la loi a prévu plusieurs dispositions qui ont été intégrées dans le code de la santé publique[54] :

- le saturnisme infantile est devenu une maladie à déclaration obligatoire. La déclaration est faite par le médecin à l'autorité sanitaire après information de la personne exerçant l'autorité parentale ;
- des mesures d'urgence permettent de supprimer l'accessibilité au plomb lorsqu'est signalé un cas de saturnisme ou un immeuble d'habitation présentant des risques d'accessibilité au plomb. Le préfet fait alors procéder à un diagnostic. S'il se révèle positif, le préfet notifie au propriétaire les travaux à réaliser et se substitue à lui s'il n'agit pas dans le délai prescrit d'un mois. Il fait faire des travaux palliatifs pour éliminer l'accessibilité au plomb ;
- des mesures de prévention obligent les propriétaires à annexer à tout contrat ou promesse de vente d'immeuble d'habitation, un état des risques d'accessibilité au plomb (ERAP). Cette obligation vaut pour les immeubles d'habitation construits avant 1948[55] situés dans les zones à risque définies par un arrêté préfectoral.

La montée en charge du dispositif a été très progressive. Il ne concerne plus seulement les départements de l'Île-de-France où l'organisation de la lutte contre le saturnisme infantile avait débuté antérieurement à la loi de lutte contre les exclusions. Cependant sa mise en œuvre n'est pas encore effective dans l'ensemble des départements.

Par ailleurs, si la loi n'a pas limité le champ du dispositif aux seules peintures dégradées des logements, il reste encore à mettre en cohérence ce dispositif avec les autres sources d'intoxication par le plomb (eau potable, alimentation, sources industrielles…).

[53] L'intoxication par le plomb a lieu essentiellement par ingestion d'écailles de peinture et inhalation de poussières.
[54] Articles L.1334-1 à L.1334-6 du code de la santé publique.
[55] L'interdiction d'emploi des peintures à forte teneur en plomb est entrée en vigueur en 1948 (décret n°48-2034 du 30 décembre 1948 pris en application de la loi du 10 juillet 1948).

5.1 L'application des dispositions prévues par la loi est très variable selon les départements

Les détections de cas de saturnisme infantile restent très en deçà des estimations faites par l'expertise collective de l'INSERM en 1999[56].

Selon cette expertise, 2,1 % (avec une marge d'erreur de 0,5 %) de la population des enfants de la tranche d'âge 1–6 ans présenteraient une plombémie supérieure à 100µg/l, soit en moyenne à l'époque 84 000 enfants. Parmi ces derniers, 28 300 présenteraient une plombémie supérieure à 150µg/l et 8 200 une plombémie supérieure à 250 µg/l.

De l'entrée en vigueur de la loi à la fin de l'année 2001, seulement 750 signalements de saturnisme ont été enregistrés. Même si le dépistage se maintient à un niveau annuel moyen de 3 000 plombémies infantiles, l'effort peut être considéré comme très modeste au regard de l'ordre de grandeur du nombre estimé d'enfants atteints de saturnisme.

5.1.1 Le bilan quantitatif est peu satisfaisant

5.1.1.1 Les signalements et l'application des mesures d'urgence sont peu nombreux

Malgré une montée en charge du dispositif qui s'est étendu à de nombreux départements, le nombre de signalements de plombémies positives (100µg/l) stagne. Le total des plombémies positives recensées par l'institut de veille sanitaire (InVS) depuis 1997 est très faible comparé aux estimations faites par le collectif d'experts de l'INSERM.

Tableau n°10 Saturnisme infantile en France – Résultats des plombémies de dépistage

Année	< 100 µg/l	> 100 µg/l	*Total dépisté*
1997	3 181	585	3 766
1998	3 141	475	3 616
1999	2 380	421	2 801
2000	2 363	345	2 708
2001	2 896	336	3 232
Total	**13 961**	**2 162**	**16 123**

Source : Institut de veille sanitaire- Données transmises par cinq des huit centres antipoison concernés par le système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI)[57]

Les données recueillies pour l'année 2001 par la direction générale de la santé (DGS)[58], révèlent que 423 cas de saturnisme chez des enfants mineurs ont été signalés

[56] Expertise collective (1999), *Plomb dans l'environnement, quels risques pour la santé ?* Paris, INSERM.

[57] Ce tableau regroupe les données transmises par les centres antipoison (CAP) de Paris, Lyon, Marseille, Lille et Nancy. Les données des CAP de Toulouse, Rennes et Angers ne sont pas disponibles.

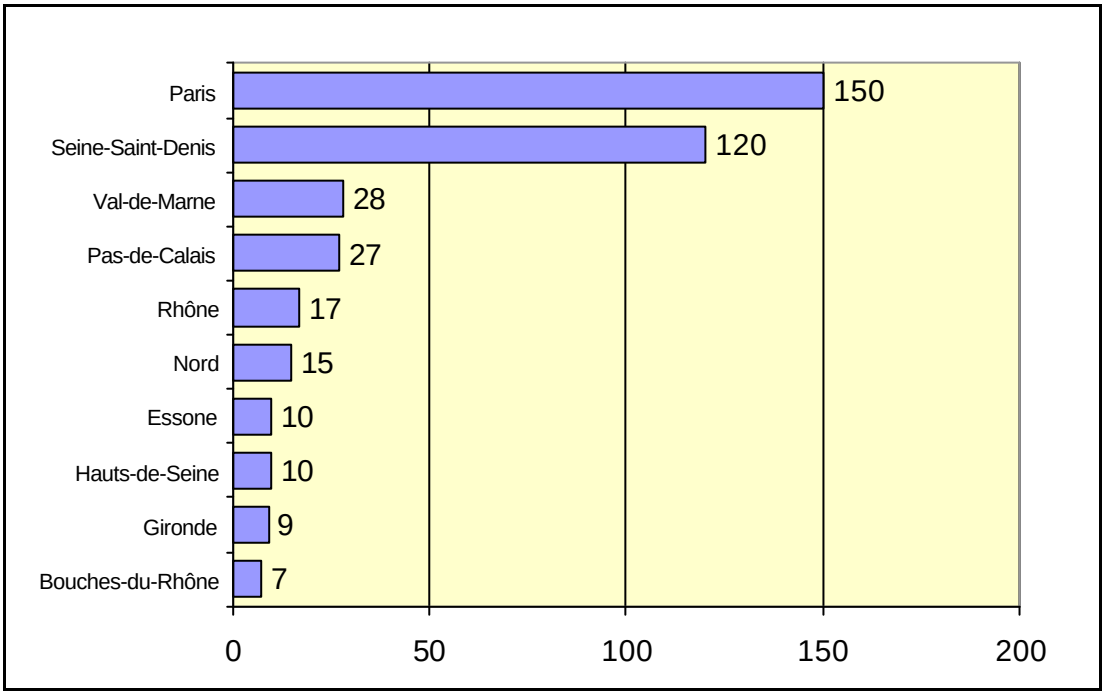
aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en 2001. Un peu plus de 70 % de ces signalements sont originaires de l'Île-de-France et 70 départements n'ont recensé aucun signalement de saturnisme infantile cette même année. Les signalements concernent, dans 97 % des cas, des enfants de moins de 6 ans.

Parmi les départements visités par la mission, seuls le Rhône et le Val-de-Marne avaient recensé des cas de saturnisme infantile. Mais ces deux départements avaient déjà connu des signalements avant la parution de la loi de 1998 et les acteurs sont restés mobilisés sur ce sujet.

Les autres départements visités n'avaient pas eu connaissance de cas de saturnisme infantile en 2001. Certains – Sarthe et Côte-d'Or – avaient procédé à des campagnes de dépistage systématique, soit pour une recherche globale, soit à l'occasion d'un incident industriel.

Il n'y a eu aucune détection de saturnisme dans la Sarthe et dans l'Indre-et-Loire. Dans ce dernier département, certains acteurs avaient tendance à considérer que le problème ne se posait pas. Pourtant, le ministère du logement dénombre dans chacun de ces quatre départements environ 100 000 logements construits avant 1948, logements dans lesquels sont susceptibles d'habiter des enfants de moins de 6 ans.

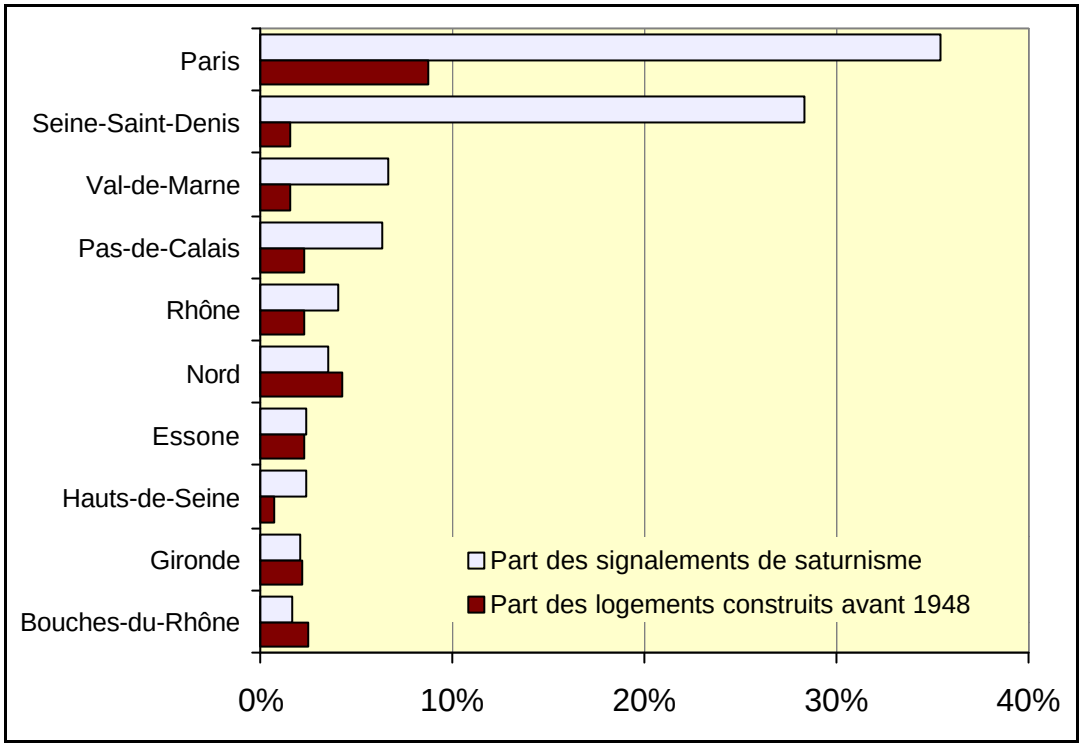
Nombre de cas de saturnisme chez des enfants mineurs signalés à la DDASS par département ayant enregistré au moins cinq cas en 2001



Pour l'année 2001, les dix départements ayant recensé au moins cinq signalements en regroupaient au total 393 sur les 423 dénombrés pour l'ensemble de la France. Cela représentait près de 93 % des cas alors que le même ensemble de départements ne regroupe qu'un peu moins de 29 % des logements construits avant 1948.

[58] Circulaire interministérielle DGS/DGUHC/2002/285 du 30 avril 2002 relative au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme infantile prévues aux articles L.1334-1 à 6 du code de la santé publique.

Part des cas de saturnisme signalés et part des logements construits avant 1948 par département en 2001 sur l'ensemble des signalements et des logements construits avant 1948 en France (département ayant eu au moins cinq cas de saturnisme)



Les 70 départements n'ayant pas eu connaissance de signalements de saturnisme infantile en 2001 regroupaient quant à eux près de 55 % des logements construits avant 1948.

Le dépistage est insuffisant, le nombre de plombémies prescrites reste faible (voir tableau supra). En 2001, l'InVS recensait 3 232 plombémies dont 336 étaient positives (supérieures à 100µg/l). Ces données sont toutefois partielles car l'InVS n'a reçu les données que de cinq des huit centres antipoison qui doivent agréger les données transmises par les laboratoires. Par ailleurs, il existe une différence notable entre le nombre de cas de saturnisme infantile déclarés aux DDASS (423) et le nombre de plombémies positives recensées par l'InVS (336).

Le fonctionnement du système national de surveillance du saturnisme infantile (SNSSI)[59] ne permet pas jusqu'à présent de répertorier de manière exhaustive les actions de dépistage et les plombémies positives (>100µg/l). En effet, le SNSSI a un caractère facultatif et son organisation est peu réactive (les données sont transmises périodiquement par les laboratoires et non au fil de l'eau). En 2003, une meilleure cohérence entre ce système de surveillance et la déclaration obligatoire, notamment grâce à l'utilisation d'une fiche commune, devrait améliorer sensiblement le suivi national.

[59] Le SNSSI a été établi au plan national par l'arrêté du 19 janvier 1995.

L'efficacité du SNSSI pourra être évaluée en croisant les plombémies positives qu'il comptabilise et les signalements recensés par les DDASS.

En **Côte-d'Or**, aucun cas de saturnisme infantile n'a été recensé en 2002, mais aucune plombémie n'a été prescrite dans le département cette même année.

Les signalements spontanés de risques d'accessibilité au plomb sont peu nombreux. 620 ont été reçus par les services de l'État en 2001. Ils désignent les logements ou les parties communes présentant des peintures dégradées contenant potentiellement du plomb. Trois départements de la région Île-de-France totalisent près de 58% de ces signalements (il s'agit de Paris, de la Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine).

En 2001, les services de l'État ont reçu 12 signalements de risques d'accessibilité au plomb dans le Rhône et 16 dans le Val-de-Marne. Aucun signalement de ce type n'a été répertorié dans la Sarthe, la Manche, l'Indre-et-Loire ou la Côte-d'Or.

Les diagnostics sont réalisés majoritairement à la suite de signalement de saturnisme ou de signalement de risques d'accessibilité au plomb. Un peu moins de 3 500 diagnostics ont été ainsi réalisés en 2001, alors que dans le même temps, seuls 108 diagnostics étaient réalisés à la suite de la réception de plus de 36 000 états des risques d'accessibilité au plomb. Un diagnostic sur deux s'est révélé positif.

A la suite de ces diagnostics positifs, 1 649 logements ou parties communes ont fait l'objet d'une notification de travaux par le préfet.

Les travaux accomplis à la suite des notifications restent limités : 358 logements ou parties communes ont été l'objet de travaux. Ces derniers ont été réalisés d'office dans un cas sur trois, par les propriétaires ou copropriétaires dans les autres cas. Cette réalisation modeste comparée aux notifications démontre les difficultés des propriétaires à respecter le délai d'un mois qui leur est imparti pour réaliser ces travaux. Elle montre aussi que l'État peine à se substituer à eux lorsqu'ils sont défaillants.

5.1.1.2 Les mesures de prévention restent limitées

Seuls 51 départements ont mis en place des arrêtés de zonage[60]. La plupart des départements ont défini l'ensemble de leur territoire comme zone à risque.

Parmi les trois départements qui ont accompli un véritable zonage, la Haute-Garonne s'interrogeait sur la pertinence de la démarche et les risques juridiques encourus par les représentants de l'État et envisageait de modifier son arrêté pour inclure tout le département. En effet, tout risque de trouver des revêtement plombés accessibles dans des logements hors zone déclarée "à risque" par le préfet, n'est pas écarté.

Cette hypothèse s'est confirmée puisque des ERAP positifs ont été portés à la connaissance des services de l'État dans ce département pour des logements situés dans des communes hors zone à risque[61].

[60] Voir annexe 5 (bilan national des zones à risque d'exposition au plomb)
[61] Note sur le saturnisme de la DDASS de Haute-Garonne du 20 décembre 2002.

La suppression de l'obligation de créer un zonage départemental et l'extension de la zone à risque à l'ensemble du territoire national rendraient les mesures de prévention applicables sans restriction.

Le nombre d'ERAP traités est très faible car ils sont trop nombreux, de qualité inégale, et non hiérarchisés. Les services de l'État, dans les départements qui avaient un arrêté de zonage, ont reçu en 2001 un peu plus de 36 000 états de risques d'accessibilité au plomb. Ils donnent lieu à un petit nombre de diagnostics sauf lorsque le département a pu mettre en place une procédure de hiérarchisation des ERAP. Sur les 108 diagnostics effectués à la suite d'ERAP répertoriés par la DGS en 2001, la plupart – 90 – ont été réalisés dans le Rhône.

Dans le **Rhône**, le nombre d'ERAP reçus s'élevait à un peu plus de 3 000 en 2001 et à près de 4 400 en 2002. Cet afflux de signalements a conduit la DDE à instituer un traitement hiérarchisé « *en 3 grandes catégories :*

- *les "sans suite", ERAP considérés comme négatifs ou dont l'accessibilité est insignifiante (environ 10 % des ERAP) ;*
- *les "dégradés" où la nature et l'importance de la dégradation sont appréciés comme significatifs ; ils représentent de l'ordre de 5 % des ERAP et sont traités en priorité ;*
- *le reste étant considéré de dégradation modérée à faible et traité avec retard, compte tenu des moyens disponibles.* »

Cette procédure a donné lieu à des propositions adressées par le préfet[62] au directeur général de la santé et au directeur général de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC), sur la base de la méthodologie définie par un groupe de travail animé par ces deux directions[63].

Les mesures de prévention ne concernent que les ventes de logement. Elles ne prennent donc pas en compte les logements locatifs. *A minima*, on pourrait envisager la transmission au locataire de l'ERAP établi à l'occasion de transaction.

5.1.2 Des difficultés d'application des dispositions prévues par la loi limitent l'efficacité du dispositif

5.1.2.1 Au niveau départemental, la mobilisation des acteurs est inégale

Les différents acteurs ne sont pas également mobilisés. Les données recueillies pour l'année 2001 font état de l'existence de 39 comités de pilotage préfecture – DDASS – direction départementale de l'équipement (DDE) alors que cinq autres départements déclaraient que le comité était en cours de constitution.

Cette situation est en partie explicable par le fait que certains départements sont impliqués de longue date dans la lutte contre le saturnisme infantile en particulier ceux de la région parisienne. Les services y sont donc plus spécialement mobilisés et ont eu l'habitude de travailler en partenariat avec un réseau sensibilisé au problème (protection materne et infantile (PMI), services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), associations…).

[62] Lettre en date du 23 octobre 2002.
[63] Le groupe de travail a émis un rapport provisoire (06/02/2002).

Dans le **Rhône** par exemple, la mobilisation a été très précoce, puisqu'un comité de réflexion a été mis en place sous l'égide du préfet dès 1992. Un plan de lutte est initié au début de l'année 1994. Il réunit un grand nombre de partenaires à travers différents niveaux d'organisation et de fonctionnement : un comité de pilotage du plan de lutte, un comité technique plomb-réseau de santé publique ainsi que deux groupes de travail (groupe médical et groupe logement). Ces instances réunissent, outre les services de l'État, les SCHS, le conseil général, des associations, des professionnels de santé et des professionnels du bâtiments…

Dans ce département, l'expérience de la MOUS[64] saturnisme, en place sur l'agglomération de Lyon depuis 1995, a inspiré la définition du positionnement et des missions de la MOUS "habitat indigne". Cette nouvelle MOUS "habitat indigne" comporte un volet traitement contre les risques d'accessibilité au plomb. Deux protocoles d'accord portant sur l'éradication de l'habitat indigne ont été signés par l'État en mars 2002 : l'un avec la ville de Lyon, l'autre avec la ville de Givors.

Dans certains départements dans lesquels la mission s'est rendue, les partenaires de la DDASS n'étaient pas identifiés en tant que tel sur le sujet (pas de correspondant en préfecture ou pas de correspondant à la DDE). Le saturnisme lié à l'habitat n'apparaissait pas comme une préoccupation majeure. Le raisonnement tenu, déjà relevé dans un précédent rapport, est alors a peu près le suivant : « *puisqu'il n'y a jamais eu de signalement de cas de saturnisme ou de risque d'accessibilité au plomb dans leur département, c'est tout simplement parce qu'il n'y a pas de plomb dans les immeubles, et qu'il ne peut donc, à fortiori, exister de cas de saturnisme… »*[65]

C'est aussi peut-être une particularité de la lutte contre le saturnisme « *qui veut que ne s'impliquent que les professionnels convaincus que le saturnisme est une pathologie. […]Cela tient aussi au fait que c'est bien la conviction de quelques professionnels qui va faire tâche d'huile et basculer un territoire dans l'implication de plus en plus forte d'autres acteurs pour cette problématique. »*[66]

Lorsque le département n'a pas été confronté à des cas de saturnisme infantile, la coordination départementale ne débute en fait que lorsque les services de l'État mettent en place l'arrêté de zonage.

La loi n'a pas impliqué les communes dans la lutte contre le saturnisme. Leur participation au dispositif repose sur leur bonne volonté. Certains SCHS se sont ainsi fortement engagés ; d'autres laissent aux services de l'État le soin d'intervenir. Une plus grande mobilisation des communes apparaît souhaitable notamment par le biais de la lutte contre l'insalubrité.

[64] La maîtrise d'œuvre urbaine et sociale – MOUS – imbrique les missions de suivi social et de conseil technique pour permettre de traiter globalement des situations d'habitat dangereux pour les habitants.
[65] MOISSONIER B. (2001), *Rapport sur l'application de l'article L.1334-5 du code de la santé publique*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, septembre 2001, p. 11
[66] Ibid. p. 4 et p. 11

Dans le **Val-de-Marne**, une convention cadre entre l'État et la commune, de coopération pour l'éradication de l'habitat indigne a été préparée pour les communes disposant d'un SCHS, une autre pour les communes n'en disposant pas. Ces conventions comportent toutes deux un volet "lutte contre le saturnisme".

Par ailleurs, la commune de Vitry-sur-Seine met en place une action d'incitation au dépistage : une infirmière se déplace dans les immeubles construits avant 1948 pour sensibiliser les habitants. Cette action, cofinancée par la commune, la DRASS et la CPAM, a débuté en 2003.

En 2000, à l'initiative de la DDASS, des diagnostics sont réalisés dans les écoles de 25 communes (sites antérieurs à 1948) suite à l'existence de risques d'accessibilité (peintures dégradées).

Les médecins et en particulier les médecins libéraux ne sont pas assez sensibilisés aux risques d'exposition au plomb. C'est ce que révèle l'évaluation de la campagne d'information auprès des médecins d'Île-de-France sur le saturnisme infantile[67].

Cette évaluation concernait la campagne d'information lancée en octobre et novembre 2001 par la DGS auprès des médecins généralistes, des pédiatres, des médecins scolaires et des médecins de PMI d'Île-de-France. Une plaquette a été diffusée à un peu plus de 30 000 exemplaires.

L'évaluation a été effectuée en décembre 2002 par une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de plus de 800 médecins.

Si 83 à 86 % des médecins savent que le saturnisme est une maladie à déclaration obligatoire, la très grande majorité des généralistes (93 %) et des pédiatres (87 %) ne connaît pas la valeur de la plombémie à partir de laquelle la déclaration doit être faite. La proportion de cas parmi les enfants dépistés en Île-de-France leur est généralement inconnue.

La plupart d'entre eux savent que la déclaration doit être faite à la DDASS et que la cause principale du saturnisme infantile en Île-de-France est constitué par les peintures anciennes dégradées.

L'étude révèle que les connaissances des médecins ont progressé grâce à la lecture de la plaquette, de manière plus ou moins sensible pour trois catégories (généraliste, pédiatre et médecin scolaire). Aucun résultat significatif n'a été mesuré pour les médecins de PMI.

La lutte contre le saturnisme infantile n'a pas fait l'objet d'une campagne de sensibilisation nationale. Ce sont les acteurs départementaux, et notamment les DDASS, qui ont organisé localement ces campagnes d'information et de sensibilisation. Le plus souvent, elle consiste en la distribution d'une plaquette d'information. La DASS de Paris a édité cette plaquette en plusieurs langues pour augmenter la diffusion de l'information auprès des familles susceptibles d'être concernées.

5.1.2.2 La prise en charge des familles n'est pas toujours complète

La loi prévoit que lorsque qu'un diagnostic positif est effectué dans un immeuble, « *…le médecin du service de l'État dans le département compétent en matière sanitaire et sociale […] invite les familles de l'immeuble ayant des enfants mineurs à adresser ceux-ci en consultation à leur médecin traitant, à un médecin hospitalier ou à un médecin de prévention.* » La prescription d'une plombémie de dépistage représente une dépense non négligeable pour les familles en difficulté qui peuvent être amenées à la refuser.

[67] SEGALA C. (2003), *Rapport final de l'évaluation de la campagne d'information auprès des médecins d'Île-de-France sur le saturnisme infantile*, SÉPIA-SANTÉ, février 2003.

La prise en charge des plombémies de dépistage n'est que partielle sauf dans le cas où des initiatives locales ont permis de les prendre en charge totalement. Les difficultés demeurent pour les plombémies de suivi.

Dans le **Val-de-Marne**, la CPAM prend en charge l'intégralité des plombémies de dépistage des enfants de moins de six ans depuis 1999. Dans le Rhône, c'est le conseil général qui accorde une aide financière complémentaire selon la situation de la famille.

Pour faciliter les opérations de dépistage du saturnisme infantile, la direction générale de la santé a proposé que soit pris en charge à 100 % les actes de dépistage et de suivi du taux de plomb dans le sang.

Les traitements du saturnisme ne sont pas totalement remboursés aux malades. La DGS a également proposé que l'intoxication par le plomb soit inscrite dans la liste des affections de longue durée pour permettre la prise en charge à 100 % du traitement.

5.1.2.3 L'hébergement provisoire des familles concernées par les travaux est difficilement mis en œuvre par les services de l'Etat

En 2001, 927 personnes ont été concernées par des travaux nécessitant l'hébergement pendant le chantier. Les données recueillies par la DGS indiquant le nombre de personnes effectivement hébergées ne sont pas fiables. Toutefois la mission note que cet hébergement pendant la durée des travaux, comme le relogement des familles présentant un cas de saturnisme infantile est difficilement mis en œuvre notamment dans le Rhône et à Paris.

Ces difficultés sont dues à plusieurs facteurs : l'absence de logement ou d'hébergement disponibles au moment des travaux, la durée relativement courte des chantiers (une à deux semaine) qui dissuade les familles de se déplacer…

Les départements les plus actifs ont été conduits à confier une mission d'accompagnement social à un opérateur chargé, entre autre, de la recherche d'hébergement.

Dans le **Val-de-Marne,** une convention entre l'État et l'association HABINSER a été signée en 2002 pour un accompagnement social des familles dont au moins un des enfants est atteint de saturnisme et qui résident dans des immeubles comportant un risque avéré d'accessibilité au plomb et dont l'insalubrité est avérée.

L'association est chargée:
- d'impulser le dépistage des autres enfants de la famille ;
- de mener une action d'éducation sanitaire ;
- de chercher une solution d'hébergement d'urgence ;
- de conseiller et d'assister la famille dans l'établissement d'une demande de relogement ;
- d'assurer la liaison avec les services sociaux de secteur…

A l'initiative de la DDASS, en partenariat avec la commune de Vitry-sur-Seine, un logement "tiroir" permettant l'hébergement provisoire des familles pendant les travaux d'éradication de l'accessibilité au plomb, est financé par la caisse d'allocations familiales. La gestion de ce logement, qui devrait être mis en service en 2003, sera confiée à l'association HABINSER.

5.1.2.4 Des contraintes techniques allongent les délais de mise en œuvre des mesures d'urgence

Le délai d'un mois pour réaliser les travaux apparaît insuffisant. L'incapacité à respecter ce délai est due à plusieurs causes : délai de notification par le représentant de l'État, délai de réponse des propriétaires, indisponibilité des entreprises, faible intérêt de ces dernières pour des travaux de "barbouillage" (qui sont quand même couverts par la garantie biennale des travaux de second œuvre). Un délai de trois mois semblerait plus adapté.

L'obligation de respecter le code des marchés publics pour les passations des marchés a retardé la réalisation des travaux exécutés d'office par l'État. Ces difficultés ont été sensibles essentiellement au début de la mise en place de la procédure. Les services sont maintenant mieux à même de planifier leurs actions pour que les délais ne pénalisent pas l'exécution des travaux d'office.

Les crédits du ministère du logement (chapitre 37-40/10) "lutte contre le saturnisme et l'insalubrité", sont demandés par un plus grand nombre de services départementaux et sont aussi davantage consommés. Cela montre l'amélioration des conditions de passation et d'exécution des marchés pour les travaux et la meilleure implication des DDE dans le dispositif de lutte contre le saturnisme infantile.

5.1.2.5 D'autres obstacles entravent la pleine efficacité des mesures de prévention

Comme relevé par de nombreux services dans les départements, les ERAP sont de qualité très inégale. Ils peuvent être réalisés par des techniciens de la construction qualifiés dont les compétences ne sont pas encadrées. Il conviendrait alors de renforcer ces compétences ou de confier la réalisation des ERAP à des opérateurs agréés par les préfets comme c'est déjà le cas pour les diagnostics.

Les critères de transmission des ERAP au préfet n'étant pas discriminants, les services sont saturés par ces états de risque qui leur parviennent en très grand nombre. L'impossibilité de les classer par ordre de priorité retarde ou même empêche tout traitement.

Il est donc nécessaire de prévoir une méthode de hiérarchisation des risques à diffuser à tous les rédacteurs des ERAP. Pour améliorer la qualité de ces états, il conviendrait de s'assurer de la compétence de leurs auteurs (agrément ou attestation de compétence) et de leur fournir un guide méthodologique.

Un aménagement des dispositions législatives pourrait responsabiliser davantage les propriétaires. Dans la majorité des cas, ils devraient avoir la responsabilité de prendre les dispositions pour prévenir les risques d'accessibilité ; les services de l'État n'intervenant que dans les cas d'urgence.

5.2 Des aménagements du dispositif sont possibles pour améliorer son efficacité

5.2.1 Les données de l'expertise collective de l'INSERM méritent d'être actualisées

Une nouvelle estimation du nombre d'enfants dont le taux de plomb dans le sang serait supérieur au seuil de 100µg/l pourrait être diffusée à l'occasion d'une campagne nationale d'information et de sensibilisation. Il s'agirait de faire mieux prendre en compte le risque lié à l'exposition au plomb. Cette sensibilisation est d'autant plus nécessaire que des études françaises et américaines montrent que le plomb aurait un effet sans seuil[68].

5.2.2 Une mobilisation de l'ensemble des acteurs passe par une dynamisation du pilotage et du suivi au niveau national

Le fait que 51 départements seulement disposent d'un arrêté de zonage presque cinq ans après la publication de la loi milite pour que les impulsions soient davantage données au niveau national. Certains services déconcentrés de l'État qui n'avaient pas été confrontés à des cas de saturnisme infantile, ont dû organiser le dispositif sans être guidés par l'expérience des départements les plus avancés.

Le réseau Intranet du ministère de la santé (RESE) répertorie maintenant des exemples d'actions conduites par les DDASS dans les départements. Un inventaire des bonnes pratiques pourrait être proposé au niveau national.

Des indicateurs ont été mis en place récemment par la DGS et la DGUHC[69]. Cependant, certaines données recueillies en 2001 manquent de fiabilité. Le recueil doit en être amélioré, éventuellement en impliquant l'échelon régional.

Une campagne nationale de sensibilisation pourrait être déclenchée à partir d'une actualisation de l'expertise de l'INSERM ou de la publication des recommandations de l'ANAES pour la prise en charge des enfants atteints de saturnisme. Elle s'adresserait à l'ensemble des acteurs, en particulier les professionnels de santé (services de pédiatrie, PMI, santé scolaire, pédiatres, médecins généralistes…) et les travailleurs sociaux.

Le comité technique plomb[70], qui vient d'être mis en place devrait contribuer à cette mobilisation.

---

[68] Le seuil de 100µg/l correspond à une plombémie tolérable recommandée par les centres américains (CDC) en 1991. Ce seuil, qui était de 600µg/l dans les années 60, a été abaissé régulièrement pour tenir compte des résultats des enquêtes épidémiologiques américaines. Des études américaines et françaises déterminent de nouveaux seuils, respectivement de 25 et 35 µg/l. D'autres études montrent qu'à partir de 20µg/l, le plomb dans le sang de la femme enceinte a un impact sur le développement du fœtus.

[69] Circulaire interministérielle DGS/DGUHC/2002/285 du 30 avril 2002 relative au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme infantile prévues aux articles L.1334-1 à 6 du code de la santé publique.

[70] Un nouveau comité technique plomb a été créé par l'arrêté du 23 janvier 2003. Ses membres ont été désignés par un arrêté du 23 janvier 2003.

5.2.3 Le dispositif de lutte contre le saturnisme devrait être articulé avec celui d'éradication de l'habitat indigne

La circulaire commune du 18 avril 2002[71] indique que le risque d'accessibilité au plomb est un des indicateurs permettant de repérer des situations d'habitat indigne. Réciproquement, le signalement de cas de saturnisme doit donner lieu à un diagnostic élargi à un relevé de critères d'insalubrité. L'articulation entre insalubrité et accessibilité au plomb fait déjà l'objet de mesures concrètes appliquées dans les départements les plus avancés en matière de lutte contre le saturnisme et d'éradication de l'habitat indigne.

Cette articulation, qui relève de simples circulaires pourrait être renforcée par des dispositions législatives qui impliqueraient alors davantage les collectivités locales.

[71] Circulaire n° 2002-30/UHC/IUH4/8 du 18 avril 2002 relative à la lutte contre l'habitat indigne.

CONCLUSION

A partir des observations qu'elle a faites au cours de ses visites, la mission constate que la loi de lutte contre les exclusions a permis des avancées, certes inégales suivant les domaines, dont les progrès se sont poursuivis depuis la première évaluation.

Dans un contexte de resserrement de l'offre d'emploi, le dispositif du PAP-ND, a connu, au fil du temps, une tension découlant de deux logiques distinctes :

- la logique souple et évolutive de l'accompagnement vers l'emploi ;
- et celle, obligatoirement normée et encadrée de la contractualisation des modalités de la recherche d'emploi.

Même si elles ne sont pas antagonistes, les publics les plus en difficulté y sont confrontés. Afin de ne pas faire basculer le dispositif dans un système de pure contrainte, l'ANPE, avec l'aide du service public de l'emploi et des intervenants dans le domaine de l'insertion, devrait pour les demandeurs les plus éloignés du monde du travail, aménager de manière plus spécifique leur parcours vers l'emploi.

Au-delà des constats sur l'évolution des autres dispositifs et des préconisations formulées afin de les améliorer, les thèmes étudiés ont permis de repérer des problématiques communes.

L'une d'entre elles est la faiblesse des outils d'observation permanents et partagés. Quand ceux-ci existent, ils sont trop parcellaires et éclatés pour permettre leur utilisation au service de l'action. Dans les champs de la veille sociale et des aides d'urgence, les initiatives qui ont été prises localement par différents intervenants n'ont débouché ni sur un travail d'agrégation, ni sur une exploitation commune de ces données. Cette insuffisance pèse significativement sur l'élaboration des diagnostics et donc sur la détermination des stratégies.

L'absence d'objectifs de résultats établis sur la base d'indicateurs d'efficience et de performance des dispositifs perdure. Si, sur le terrain, la réponse à l'urgence sociale a semblé évoluer favorablement ces deux dernières années, la mission, faute de ces indicateurs, est dans l'incapacité d'objectiver ce constat. De même, l'évolution de la configuration de certaines PASS démontre bien la nécessité de lier la nature de leurs activités à des objectifs identifiés de résultat.

Dépourvu de tels instruments, ne pouvant assumer la dimension stratégique, le pilotage se réduit aux seules fonctions d'animation et de coordination. Cette lacune prend d'autant plus d'importance que de nombreux dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions peuvent être co-gérés, faire appel pour leur fonctionnement à des partenariats et des intervenants multiples et être organisés territorialement. La possible confusion des rôles entre les acteurs complique également la lecture des responsabilités, rendant encore plus incertaine la détermination d'objectifs stratégiques.

Pour permettre un pilotage efficace des dispositifs la mission estime donc indispensable la constitution d'indicateurs de résultats et d'outils d'évaluation de la performance. Ces instruments doivent êtres partagés entre les acteurs.

L'insuffisance du suivi et la faiblesse des instruments d'information ont été, en outre, confirmées par les investigations menées sur le terrain.

La multiplicité des champs de la loi, le nombre des mesures et des dispositifs mis en œuvre, rendent une évaluation biennale de la loi peu réaliste. Aussi, la construction d'outils d'observation quantitatifs reposant sur un suivi continu de ces dispositifs aux niveaux local et national permettrait de mieux cerner les enjeux de l'évaluation. Elle serait alors centrée sur sa dimension qualitative et rendrait ainsi compte de la performance. En tout état de cause, l'application de la loi organique relative aux lois de finances impliquera un tel recentrage et justifiera une approche qui relie de manière précise les objectifs de la loi à l'action des opérateurs.

Jeannine BARBERYE Charles de BATZ

Jean-Patrice NOSMAS Roland OLLIVIER

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 Rapport intermédiaire (novembre 2002)

Annexe 2 Personnes rencontrées

Annexe 3 Exemple d'organisation d'un dispositif départemental

Annexe 4 Exemples de démarche globale en centres hospitaliers

Annexe 5 Bilan national des zones à risque d'exposition au plomb

Annexe 6 Liste des sigles

Annexe 1
Rapport intermédiaire (novembre 2002)

Deuxième bilan d'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion
- Rapport intermédiaire -

Rapport présenté par :

Jeannine BARBERYE, Jean-Patrice NOSMAS, Roland OLLIVIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n° 2002 137
Novembre 2002

SOMMAIRE

INTRODUCTION....4

CHAPITRE 1 L'ACCES A L'EMPLOI....5

1.1 LA DÉMARCHE VOLONTARISTE DE L'ETAT S'EST TRADUITE PAR DES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS.... 5

1.1.1 La prise en compte des publics les plus éloignés de l'emploi dans les objectifs de résultats du service public de l'emploi (SPE) est une réalité....5

1.1.2 Les résultats obtenus sont globalement encourageants....5

1.1.3 Le bilan quantitatif et qualitatif des CES et CEC continue d'être positif....6

1.1.4 Ce bilan positif est aussi à mettre à l'actif de la territorialisation de l'action du SPE qui a contribué à accroître l'efficacité de la politique publique....6

1.1.5 L'ANPE, en tant que partenaire du SPE et opérateur, joue un rôle de plus en plus central à l'égard des personnes les plus éloignés de l'emploi....7

1.1.5.1 Le projet d'action personnalisée Nouveau Départ (PAP-ND) s'est ajouté en juillet 2001 au PARE-PAP.... 7

1.1.5.2 Si le nombre des personnes reçues par l'ANPE et ses partenaires a continué de progresser significativement entre 1999 et 2002, la réalisation du PAP-ND soulève des difficultés et suscite des interrogations.... 7

1.2 LE DISPOSITIF D'INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE A BÉNÉFICIÉ D'UN EFFORT ACCRU DE LA PART DE L'ETAT 9

1.2.1 Les efforts d'adaptation sont incontestables. 9

1.2.2 Le bilan d'activité apparaît décevant au regard des moyens déployés depuis 1999. 9

1.2.3 Les taux de sortie vers l'emploi sont décevants au regard de leur niveau de 1999 10

1.2.4 L'ensemble de ces constats ne permet pas d'infirmer les inquiétudes et les remarques formulées tant par l'IGAS en 2000 que par le groupe de travail sur l'insertion par l'activité économique du CNLE en 2001. 10

1.3 LE PROGRAMME TRACE (TRAJET D'ACCÈS À L'EMPLOI) CONSTITUE UN DISPOSITIF IMPORTANT POUR LES JEUNES DISPOSANT D'UNE FAIBLE QUALIFICATION. 11

1.3.1 Le bilan du programme TRACE apparaît quantitativement positif....11

1.3.2 Les résultats de sortie vers l'emploi sont encourageants même s'ils mériteraient d'être amplifiés. 12

1.3.3 Le programme TRACE révèle aussi une dimension qualitative qui ne lève cependant pas un certain nombre d'interrogations sur la fonctionnalité du dispositif....12

1.4 CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTE (CQA) S'EST PEU DÉVELOPPÉ 13

1.4.1 En dépit de l'attractivité croissante de la mesure, le contrat de qualification adulte n'arrive pas à émerger. 13

1.4.2 Les résultats d'entrée dans la mesure s'avèrent décevants 13

1.5 DES MOYENS NOUVEAUX ONT ÉTÉ DÉGAGÉS EN 2002 EN FAVEUR DES DEMANDEURS D'EMPLOI BÉNÉFICIAIRES DU RMI DONT IL CONVIENDRA D'APPRÉCIER L'IMPACT 14

CHAPITRE 2 L'ACCÈS AU LOGEMENT ET L'AIDE AU MAINTIEN DANS L'HABITAT.....15

2.1 EN DÉPIT DE LA RELANCE DE LA CONSTRUCTION, L'OFFRE DE LOGEMENT SOCIAL RESTE INSUFFISANTE TANDIS QUE L'HARMONISATION DES AIDES À LA PERSONNE N'A PAS DIMINUÉ LA PART COUVERTE PAR LES MÉNAGES.... 15

2.1.1 L'offre locative reste insuffisante en logements sociaux. 15

2.1.2 La relance de la construction de logements sociaux est amorcée. 16

2.1.3 Malgré un effort financier notable en 2001 et 2002 les aides à la personne n'ont pas réduit la charge des ménages. 16

2.2 CERTAINS DISPOSITIFS DE LA LOI ONT CONNU UNE APPLICATION LENTE ET LIMITÉE 16

2.2.1 Les plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées doivent contribuer à mieux cerner les besoins par « territoires ». 16

2.2.2 Les fonds de solidarité pour le logement sont pour la plupart efficaces,mais tous n'ont pas revu leurs critères d'attribution des aides. *17*
2.2.3 Une aide à la médiation locative qui progresse mais nécessite un renforcement. *18*

2.3 DES DISPOSITIFS IMPORTANTS QUI ONT MARQUÉ LE PAS. 18
2.3.1 La politique de lutte contre les expulsions n'a pas produit son plein effet. *18*
2.3.2 La lutte contre le saturnisme infantile entre tout juste dans sa phase active. *20*
2.3.3 Une réforme des modalités d'attribution des logements qui vient seulement de prendre corps *22*

CHAPITRE 3 - L'ACCÈS AUX SOINS **24**

3.1 LA COUVERTUE MALADIE UNIVERSELLE (CMU) EST UN ACQUIS ESSENTIEL DANS LE DOMAINE DE L'ACCÈS AUX SOINS 24
3.1.1 Le dispositif connaît une large utilisation *24*
3.1.2 Des progrès sont encore souhaitables dans la mise en œuvre des procédures. *25*

3.2 LES PROGRAMMES RÉGIONAUX POUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS) CONSTITUENT UNE AVANCÉE QU'IL CONVIENT DE CONFORTER DANS LEUR DEUXIÈME GÉNÉRATION. 26
3.2.1 L'élaboration des PRAPS a créé une dynamique *26*
3.2.2 Les PRAPS de deuxième génération sont une opportunité à saisir. *27*

3.3 LA PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ MÉRITE UNE ATTENTION PARTICULIÈRE 27

3.4 LES PERMANENCE D'ACCÈS AU SOINS DE SANTÉ (PASS) SE GÉNÉRALISENT MAIS LEUR OBJET ET LEUR FONCTIONNEMENT DEVRONT ÊTRE CONSOLIDÉS. 28
3.4.1 Le développement des permanences d'accès aux soins de santé a été important *28*
3.4.2 Ce développement des PASS est positif et doit être complété par une mesure de l'impact de leur création en terme de services rendus *29*
3.4.3 La prise en compte de la précarité doit intervenir dans la mesure de l'activité des établissements de santé. *30*

CHAPITRE 4 L'ACCÈS À L'ÉDUCATION **31**

4.1 LES AVANCÉES NOTÉES EN 2000 SONT CONFIRMÉES 31
4.1.1 La politique des zones d'éducation prioritaires et réseaux d'éducation prioritaires (ZEP et REP) s'est poursuivie. *31*
4.1.2 L'opération « Ecole ouverte » correspond bien aux objectifs de la loi *32*
4.1.3 Les classes relais sont une réponse aux besoins les plus graves. *32*
4.1.4 Des initiatives nouvelles visant la lutte contre la désocialisation sont lancées. *33*

4.2 PLUSIEURS INSTRUMENTS ONT ENCORE DES EFFETS INSUFFISANTS PAR RAPPORT AUX AMBITIONS DE LA LOI 34
4.2.1 Les aides à la scolarité connaissent une stagnation. *34*
4.2.2 Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) mobilisent encore difficilement les acteurs *34*
4.2.3 Le développement de l'internat scolaire est encore à l'état de projet *35*

4.3 LA LUTTE CONTRE L'ILLETTRISME CONTINUE DE SE RÉORGANISER. 35
4.3.1 Une volonté d'organiser et de coordonner l'action a été mise en œuvre. *36*
4.3.2 L'effort financier de l'Etat s'est accru. *36*
4.3.3 Néanmoins, les résultats de ces changements ne peuvent encore être appréciés. *36*
4.3.4 L'Education nationale mène des actions multiples mais encore difficiles à évaluer. *37*
4.3.5 La connaissance de l'illettrisme des jeunes s'est affinée et des processus de traitement sont mis en œuvre. *37*

CHAPITRE 5 L'ACCÈS À DES MOYENS D'EXISTENCE SUFFISANTS **39**

5.1 LE TRAITEMENT DU SURENDETTEMENT S'EST AMÉLIORÉ MAIS LA PRÉVENTION RESTE UN SUJET DE PRÉOCCUPATION 39

5.1.1 Les populations surendettées et la nature de l'endettement évoluent peu 39
5.1.2 Le fonctionnement des commissions de surendettement est perfectible. 40

5.2 L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE DÉPEND TOUT AUTANT DE L'ACCÈS AUX PRESTATIONS SOCIALES QUE DE LEUR CONTINUITÉ. 41
5.2.1 Les transferts sociaux jouent un rôle important dans la réduction de la pauvreté. 41
5.2.2 Un effort a été accompli pour maintenir la continuité des ressources. 41
5.2.3 L'effet des possibilités de cumul d'un revenu d'activité et d'un minimum social semble avoir atteint un palier 42
5.2.4 La mise en application des dispositions nouvelles sur l'insaisissabilité devra être particulièrement suivie. 43
5.2.5 L'application du droit au compte inscrit dans la loi monte en charge 44

5.3 LE CAS PARTICULIER DES MOYENS D'EXISTENCE DES JEUNES MÉRITE UNE ATTENTION SPÉCIFIQUE. 44
5.3.1 Les FAJ n'ont pas satisfait ce besoin 44
5.3.2 La bourse d'accès à l'emploi (BAE) est une tentative pour combler les lacunes des FAJ 45

CHAPITRE 6 LA VEILLE SOCIALE ET LA RÉPONSE À L'URGENCE SOCIALE 46

6.1 LE N° D'APPEL 115, QUI CONSTITUE UN DISPOSITIF EFFICACE PRÉSENTE ENCORE DES LACUNES 46

6.2 LES ÉQUIPES MOBILES NE COUVRENT PAS ENCORE LES BESOINS DU TERRITOIRE 47

6.3 LE FONCTIONNEMENT DES CASU ET LEUR NIVEAU D'EFFICACITÉ SONT HÉTÉROGÈNES 47

6.4 L'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE PÈSE LOURDEMENT SUR LES CHRS. 48

CHAPITRE 7 LE PILOTAGE, L'ANIMATION ET LA COORDINATION DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS 50

7.1 LA LOI A CONSTRUIT UN NIVEAU DE PILOTAGE NATIONAL COHÉRENT 50
7.1.1 L'organisation du niveau national donne sa cohérence au pilotage, à l'animation et à la coordination 50
7.1.2 L'engagement de l'ensemble des acteurs institutionnels, des structures d'administration centrale et des opérateurs a facilité la montée en charge du dispositif. 51
7.1.2.1 Les acteurs inter-institutionnels se sont impliqués 51
7.1.2.2 La DGAS joue un rôle moteur 52
7.1.2.3 Les opérateurs ont été associés à l'animation et à la coordination. 53
7.1.3 Le manque d'outils de suivi et d'évaluation entrave le pilotage et l'animation. 53
7.1.3.1 La consolidation des données de suivi des mesures et de l'exécution budgétaire manque encore 54
7.1.3.2 La mise en œuvre de la loi organique du 1er Août 2001 réformant la loi de finances constitue une opportunité forte et structurante en la matière. 56

7.2 L'ÉVOLUTION DE L'ACTION AU PLAN TERRITORIAL RESTE À ÉVALUER. 57

CONCLUSION 59

ANNEXES

INTRODUCTION

Le ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion ont saisi l'inspection générale des affaires sociales(IGAS) en vue de procéder à l'évaluation de l'application de la loi N° 98-675 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, conformément à son article 159.

La mission composée de Mme Jeannine BARBERYE, de MM Jean Patrice NOSMAS et Roland OLLIVIER, membres de l'IGAS a été lancée à la mi-septembre 2002.

Afin de disposer dans un délai rapproché d'un premier bilan, un rapport intermédiaire prenant en compte les évaluations existantes et relevant les approfondissements ultérieurs nécessaires est présenté.

Ce premier état des lieux exploite les bilans dressés par les administrations centrales des ministères impliqués dans cette évaluation ainsi que divers travaux menés par les organismes publics et privés et par le secteur associatif.

Les observations figurant dans le présent rapport n'ont donc pas fait l'objet de vérification auprès des acteurs locaux chargés de la mise en œuvre de la loi.

Les conclusions auxquelles il parvient doivent permettre d'orienter les investigations complémentaires.

Compte tenu des développements ultérieurs à la loi, notamment l'adoption de plans nationaux et européens, la mission a été amenée à intégrer certains dispositifs dans son champ d'observation.

Ce rapport intermédiaire s'attache à l'examen de l'application de la loi dans les domaines suivants :

-l'accès à l'emploi des publics en difficulté ;
-le logement des personnes défavorisées ;
-l'accès aux soins des personnes démunies ;
-l'adaptation du service public de l'éducation et la lutte contre l'illettrisme ;
-le droit aux moyens d'existence des personnes en situation de précarité ;
-l'organisation de la veille sociale et de l'urgence sociale ;
-enfin, le rapport aborde le problème majeur du pilotage, de l'animation et de la coordination des politiques publiques conduites au plan national et local.

Chapitre 1 L'ACCES A L'EMPLOI

Dans un contexte favorable de croissance continue jusqu'en 2001 et d'une hausse de l'offre d'emploi, la politique de l'emploi menée par l'Etat a contribué à la diminution sensible du chômage de longue durée et favorisé le retour à l'emploi des personnes qui en était les plus éloignées.

1.1 La démarche volontariste de l'Etat s'est traduite par des résultats significatifs

1.1.1 La prise en compte des publics les plus éloignés de l'emploi dans les objectifs de résultats du service public de l'emploi (SPE) est une réalité

Dès 1999, des objectifs de résultat ciblés et chiffrés ont été assignés au service public de l'emploi. Ils ont été accentués pour les exercices 2000 et 2001 et infléchis en 2002.

	Objectifs 2000[1]	Objectifs 2001
Demandeurs d'emploi de plus de 2 ans	Réduire de 8% soit 40.000	Réduire de 15%
Jeunes chômeurs de longue durée	Diminuer de 15.000 (15%)	
Chômage de longue durée (CLD)	Faire sortir du chômage 1.120.000	Faire sortir 1.430.000
Flux de sortie des demandeurs d'emploi de longue durée bénéficiaires du RMI		Augmenter de 20% les flux de sortie

Source : DGEFP

Pour 2002, si le principe d'une réduction de 15% des demandeurs d'emploi de plus de deux ans est maintenu, l'accent est prioritairement mis sur la sortie du chômage avant un an (augmentation de plus de deux points du taux de sortie) et sur la satisfaction des offres d'emploi dans les secteurs qui connaissent des difficultés de recrutement. Les objectifs de flux de sortie du chômage des bénéficiaires du RMI ne sont plus centrés sur les seuls demandeurs d'emploi depuis plus de deux ans mais concernent l'ensemble des demandeurs d'emploi (DE) de cette catégorie (plus 10%).

1.1.2 Les résultats obtenus sont globalement encourageants

- Au regard de l'entrée des publics prioritaires dans les mesures dites Etat, en dépit de la baisse en valeur absolue des mesures réalisées qui passent de 717 015 en 2000 à 560 494 en 2001, les taux d'inscription dans les mesures passent, durant la même période, pour les demandeurs d'emploi de plus de deux ans et les bénéficiaires du RMI respectivement de 41,6% à 42,2% et de 30,5 à 31,1%. Plus globalement, le taux

[1] L'objectif se mesure par rapport à l'effectif de demandeurs d'emploi de l'année précédente

d'entrée des publics prioritaires dans les mesures (CLD de plus de deux ans, jeunes CLD, RMIstes, femmes et travailleurs handicapés) est de 86,4% en 2001.

➢ Vis à vis des objectifs de résultats, on constate que ceux-ci ont été atteints en 2001 pour les chômeurs de longue durée(-16%) et que, tendanciellement entre 1999 et 2001, la baisse du chômage de longue durée est plus importante que la diminution du nombre de demandeurs d'emploi toutes durées d'inscription confondues.

La part des publics les plus en difficulté entrés dans les « mesures emploi » représente42% des entrées en 2001.

1.1.3 Le bilan quantitatif et qualitatif des CES et CEC continue d'être positif

➢ La proportion des publics prioritaires en CES évolue insensiblement et se situe autour de 70% (70,4% en 2000, 70,6% en 2001). En revanche, les DELD depuis plus de trois ans et les bénéficiaires du RMI sans emploi depuis plus d'un an ont vu leur part augmenter de plus d'un point (59,4% en 2000, 60,8% en 2001). Ces derniers représentent près d'un tiers des entrants et constituent 31% de l'effectif moyen des CES.

➢ Concernant les CEC, la progression des publics prioritaires est significative. Toutes conventions signées, leur part a augmenté de 2,6 points (64% en 2000, 66,6% en 2001) et ils représentent 65,9% de l'effectif moyen en 2001 contre 62,3% l'année précédente. La part globale des demandeurs d'emploi de longue durée (DELD) de plus de trois ans et des bénéficiaires du RMI devient plus importante (52,6% en 2001 pour 47,9% en 2000) avec une forte croissance de la première catégorie (+ 3,1%).

1.1.4 Ce bilan positif est aussi à mettre à l'actif de la territorialisation de l'action du SPE qui a contribué à accroître l'efficacité de la politique publique

➢ Dans le cadre de l'élaboration de son rapport annuel 2002, l'IGAS a procédé à l'évaluation de l'action territorialisée du SPE. Ce travail a mis en évidence trois points forts de la démarche :

-sa capacité à induire une meilleure connaissance des besoins des publics les plus éloignés de l'emploi et à mobiliser les acteurs locaux ;

-la possibilité pour les DDTEFP de mobiliser, dans la stabilité et la durée, les mesures et les financements et de pouvoir ainsi assumer leur rôle stratégique d'animation et de coordination dans la conduite des politiques territorialisées de lutte contre le chômage de longue durée et l'exclusion ;

-sa contribution positive à l'insertion des publics en difficulté.

L'évaluation a aussi souligné la nécessité de conforter le dispositif autour de cinq axes principaux :

- « *construire des territoires d'intervention du SPE plus équilibrés et aussi cohérents que possible avec les réalités socio-économiques locales et l'environnement administratif et politique en évolution* » ;
- « *un management interne et des outils à renforcer pour conforter la démarche dans la durée* » ;
- « *tirer les conséquences de la place des CEF dans la démarche de territorialisation de la lutte contre le chômage de longue durée* » ;

- « *renforcer l'implication des services de l'Etat dans la démarche de territorialisation et sa capacité à mobiliser les acteurs locaux* » ;
- « *améliorer la mise à disposition des statistiques locales* ».

1.1.5 L'ANPE, en tant que partenaire du SPE et opérateur, joue un rôle de plus en plus central à l'égard des personnes les plus éloignés de l'emploi.

1.1.5.1 Le projet d'action personnalisée Nouveau Départ (PAP-ND) s'est ajouté en juillet 2001 au PARE-PAP.

Le dispositif initial d'un service personnalisé pour un nouveau départ vers l'emploi (SPNDE) mis en place dans le cadre du plan national d'action pour l'emploi (PNAE) visait à renforcer la prise en charge par l'ANPE des publics menacés d'exclusion.

Sur la base d'un entretien approfondi, l'agence décide des modalités de cette prise en charge : appui emploi, accompagnement personnalisé vers l'emploi, accès formation et accompagnement personnalisé avec appui social.

Le PAP-ND a diversifié ces types d'intervention (service libre accès à l'emploi, appui individualisé, accompagnement renforcé et accompagnement social) et élargi le champ des publics concernés. Issu d'une convention tripartite entre l'Etat, l'UNEDIC et l'ANPE, le projet d'action personnalisé concerne l'ensemble des demandeurs d'emploi dès leur inscription et jusqu'au retour à l'emploi. L'offre de service du PAP est, par ailleurs, renforcée pour les personnes qui ne sont pas sorties du chômage après 12 mois d'inscription et pour les bénéficiaires des minima sociaux.

Des objectifs d'entrée ambitieux ont été fixés à l'ANPE (600.000 PAP pour les bénéficiaires du RMI en 2002) qui a reçu pour ce faire des moyens financiers supplémentaires.

1.1.5.2 Si le nombre des personnes reçues par l'ANPE et ses partenaires a continué de progresser significativement entre 1999 et 2002, la réalisation du PAP-ND soulève des difficultés et suscite des interrogations.

➢ L'augmentation soutenue du nombre des personnes reçues par le réseau des agences locales et des partenaires ne s'est pas démentie au cours des trois dernières années (841 000 en 1999 – 2 300 000 en 2002). Cependant, la logique de production massive introduite par le PARE-PAP a créé des tensions au sein du réseau. L'atteinte des objectifs met en évidence les difficultés à assurer dans le court terme l'adéquation du nombre d'entretiens à réaliser à la capacité à orienter finement les demandeurs vers une offre de service adapté. Plus globalement, l'ANPE est amenée à devoir concilier des objectifs généraux quantitatifs fixés par la convention qu'elle a signée avec l'UNEDIC avec ceux relevant du contrat de progrès et qui sont plus orientés vers l'accompagnement renforcé des demandeurs d'emploi les plus en difficulté.

➢ Pour autant, et sous bénéfice d'investigations complémentaires au terme d'une période plus significative, il n'apparaît pas de modifications substantielles entre la structure de l'offre de services dans le cadre du SPNDE entre juillet et décembre 2001 et celle relevée à la fin 1999.

Cette structure de l'offre de service fait apparaître, toutes catégories de publics confondues, les évolutions suivantes :

- appui à l'emploi : il représentait à la fin du 1er semestre 2001, 55,5% du total des entretiens contre 56,5% en 1999 ;
- accompagnement personnalisé vers l'emploi : 27,6% contre 21% en 1999 ;
- accès formation : 10% contre 14% ;
- accompagnement personnalisé avec appui social : 6,90% contre 8,90% en 1999.

➢ Néanmoins, les inquiétudes manifestées par les associations quant à l'impact qualitatif du PARE-PAP trouvent un écho dans les données chiffrées de l'évolution de la structure de l'offre de service à l'entrée en PAP.

Les caractéristiques de l'offre de service proposée à la fin décembre 2001 révèlent que 48% des demandeurs d'emploi ont bénéficié d'un appui individualisé, 11% d'un accompagnement renforcé et 0,6% d'un accompagnement social.

Néanmoins, pour les nouveaux inscrits entre juillet et décembre 2001, la situation au regard de l'offre de service montre un net fléchissement de l'appui individualisé (43,8%), de l'accompagnement renforcé (6,3%) et de l'accompagnement social (0,3%) alors que la part de la prestation « libre service » représente 49,4% contre 40% toutes entrées confondues.

➢ Concernant les publics les plus éloignés de l'emploi (bénéficiaires du RMI et demandeurs d'emploi de très longue durée) l'utilisation de l'offre de service se répartit comme suit au 31 décembre 2001 :

Catégories	Appui individualisé	Accompagnement renforcé	Accompagnement social
DETLD 2 ans et plus	49%	19%	1%
Bénéficiaires du RMI	54,7%	18,3%	2%
Total toutes catégories	47,7%	11,1%	0,6%

Source :

Si les demandeurs d'emploi de très longue durée et les bénéficiaires du RMI bénéficient ainsi davantage de l'appui individualisé et de l'accompagnement renforcé que les autres catégories de demandeurs, l'accompagnement social demeure faible. De même, la proportion de mesures d'accompagnement renforcé prête à interrogation, compte tenu des difficultés particulières rencontrées par ces deux catégories de demandeurs.

➢ D'autres interrogations se font jour sur les incidences du PARE-PAP. Elles concernent au premier chef l'ampleur des radiations administratives opérées par l'agence. Déjà en 2000, la première mission d'évaluation estimait nécessaire «*d'être attentif pour les publics menacés par l'exclusion, à ce que le nombre plus important d'entretiens de suivi ne comporte pas d'effets pervers en termes de déclenchement de*

procédures de radiations ». Les associations de chômeurs et les associations du secteur sont plus affirmatives ; elles imputent au PARE-PAP la responsabilité et l'aggravation des procédures de radiation. Cette question a suscité de nombreuses polémiques lors des réunions des comités locaux qui associent les représentations des chômeurs et les agences locales.

De la même manière, les associations nationales estiment que le programme d'aide au retour à l'emploi incite encore plus que par le passé les agences locales à ajuster la demande à l'offre d'emploi au détriment donc des demandeurs d'emploi de longue durée.

La mission n'est pas en mesure dans la première étape de ses travaux de prendre la mesure exacte des pratiques territoriales de l'agence au regard des procédures de radiation et des difficultés nouvelles et croissantes rencontrées par les publics fragiles induites par le PARE-PAP.

1.2 Le dispositif d'insertion par l'activité économique a bénéficié d'un effort accru de la part de l'Etat

1.2.1 Les efforts d'adaptation sont incontestables.

Le dispositif, réformé en 1999, s'est bâti autour de trois principes fondateurs :

-un conventionnement des structures d'insertion ;

-une orientation des publics par l'ANPE ;

-un pilotage territorial confié aux conseils départementaux de l'insertion par l'activité économique (CDIAE).

Dans le cadre du second programme de prévention et de lutte et de lutte contre les exclusions des moyens supplémentaires ont été fournis et des mesures nouvelles destinés à asseoir le dispositif d'insertion ont été prises :

- une aide financière supplémentaire au poste d'insertion ;
- une aide à l'accompagnement modulable pour les associations intermédiaires (AI) ;
- un financement spécifique pour les têtes de réseaux de l'insertion par l'activité économique destiné à appuyer leur développement ;
- une revalorisation de la dotation du fonds départemental d'insertion (FDI).

1.2.2 Le bilan d'activité apparaît décevant au regard des moyens déployés depuis 1999.

➢ Selon les chiffres fournis par la DGEFP, le nombre total des structures d'insertion n'évolue que très peu entre 1999 et 2001 (2115 –2152). Cependant la situation est différenciée selon les structures ; à la baisse continue des AI durant la période considérée (1047-960) répondent une hausse significative du nombre des entreprises d'insertion (EI) (861-960) et un accroissement modéré des entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) (241-279).

Le bilan des données d'activité, toutes structures confondues, fait apparaître une chute globale de cette activité entre 1999 et 2001. Cet affaissement est plus ou moins marqué selon les structures :

-concernant les AI, le nombre d'heures travaillées s'établit en 2001 à 28 943 contre 36 628 en 1999 (-22%) ;

-s'agissant des EI, le nombre moyen de salariés embauchés sous CDD dans le mois recule entre 1999 et 2001 de plus de 15% (14 789 – 12 479) et celui concernant les salariés embauchés sous contrat aidé chute encore plus fortement (-40%) (3988-2366) ;

-pour ce qui concerne les ETTI, le nombre d'heures travaillées du mois passe entre 2000 et 2001 (les données 1999 ne sont pas disponibles) de 12 189 à 11 142 h (-8,6%).

Par ailleurs, des mouvements d'activité entre structures sont à observer. Ainsi la croissance forte de l'activité des ETTI entre 1999 et 2000 résulte avant tout d'un transfert de l'activité des AI vers les entreprises de travail temporaire dus au contingentement des heures de mises à disposition en entreprise pour les AI et à l'exonération totale des charges patronales pour les ETTI.

➢ La typologie des publics employés dans les structures d'insertion révèle des situations différenciées.

Si la proportion des bénéficiaires du RMI et des jeunes en grande difficulté dans les EI est importante (respectivement 36,6% et 16,9% en 2000), leur part dans les AI s'élève à 16,9% et 10,7%. Les bénéficiaires du RMI représentent au sein des ETTI 18,8%.

1.2.3 Les taux de sortie vers l'emploi sont décevants au regard de leur niveau de 1999

Après une progression nette entre 1999 et 2000, les taux de sortie vers l'emploi s'affaissent notablement entre 2000 et 2001 pour se retrouver à leur niveau primitif en ce qui concerne les EI et les ETTI.

Taux de sortie vers l'emploi des salariés selon la structure d'insertion

Année	ETTI	EI	AI
1999	48%	40%	46%
2000	53%	43%	47%
2001	49,3%	39,8%	43,6%
Evolution 99-2001	+ 2,7%	-	-5,2%

Source : DARES

Parmi les personnes ayant trouvé un emploi à la sortie, les contrats à durée déterminée reste majoritaire.

1.2.4 L'ensemble de ces constats ne permet pas d'infirmer les inquiétudes et les remarques formulées tant par l'IGAS en 2000 que par le groupe de travail sur l'insertion par l'activité économique du CNLE en 2001.

Faute d'études précises sur le phénomène, la mission n'est pas en mesure de corréler la baisse d'activité des structures aux évolutions économiques, ou à celles du

marché du travail durant la dernière période 1999-2001, ni d'imputer cette baisse à des dysfonctionnements du dispositif.

En revanche, les travaux de l'IGAS et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (CNLE) s'accordent à remarquer les insuffisances :

- des conditions et des modalités de l'accompagnement des personnes engagées dans un parcours d'insertion ;
- de la professionnalisation et de la formation des publics ;
- de la sécurisation des parcours ;

Par ailleurs, la première mission d'évaluation notait la nécessité d'une approche stratégique globale et coordonnée au niveau départemental du fait notamment « du foisonnement des initiatives et la multiplication des procédures territorialisées ». Ce rôle principalement dévolu par les textes aux CDIAE n'est pas convenablement assuré selon les conclusions du CNIAE. Celui ci relève que les conseil départementaux ne sont pas en mesure d'élaborer une stratégie territoriale d'insertion par l'activité économique compte tenu du « *déficit de représentativité, d'information et de débats démocratiques* » de ces instances.

1.3 Le programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) constitue un dispositif important pour les jeunes disposant d'une faible qualification.

TRACE a été conçu pour favoriser l'insertion professionnelle durable des jeunes sortis du système scolaire sans diplôme ou avec un faible niveau de qualification. A partir d'un appui personnalisé et continu dans le temps (18 mois), TRACE s'appuie en très grande majorité sur les missions locales et les permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) ; il fait intervenir les opérateurs externes associés et le SPE territorialisé. Ces structures pilotent la mise en œuvre du programme et la coordination des interventions sur le territoire.

L'entrée dans le parcours permet à leurs bénéficiaires de pouvoir disposer de l'ensemble des mesures emploi-formation (contrats d'orientation, stage de formation et de mobilisation, les mesures inscrites dans les PLIE, les emplois en structures d'insertion…). Le programme garantit la continuité de la protection sociale et depuis le 1er janvier 2002, à titre expérimental, pour un an une bourse d'accès à l'emploi.

1.3.1 Le bilan du programme TRACE apparaît quantitativement positif

Le démarrage réussi en 1999 s'est prolongé les années suivantes. Au final, entre 1998 et 2001, près de 150 000 jeunes ont accédé à TRACE et les objectifs d'entrée annuelle sont globalement atteints (60 000).

Le ciblage des publics entrants est conforme à la logique du dispositif. En 2000, 94% des bénéficiaires possédaient un niveau au plus égal à celui du CAP et 57% n'en n'avaient pas le niveau. Les autres caractéristiques des jeunes entrants se résument ainsi :

-le public est majoritairement féminin (52% en 2001) ;

-près de 75% ont eu un ou plusieurs emplois avant leur entrée ;
-75 % sont au chômage à leur entrée dans TRACE dont 10% sont inscrits à l'ANPE et indemnisés.

Au milieu de l'année 2002, 85 000 jeunes étaient présents dans TRACE ; près du tiers étaient en emploi, 21% en formation et 44% en recherche accompagnée d'emploi. La réalité de la pratique et du contenu de cet accompagnement mériterait d'être examinée.

1.3.2 Les résultats de sortie vers l'emploi sont encourageants même s'ils mériteraient d'être amplifiés.

Près d'un jeune sur deux accède à un emploi à la sortie de TRACE et 6% des bénéficiaires sont en formation ; les contrats à durée indéterminée représentent 29% de ces emplois et les CDD représentent la même part. 30% des emplois occupés relèvent des contrats aidés. Néanmoins plus d'un tiers (37,3%) se retrouve au chômage.

1.3.3 Le programme TRACE révèle aussi une dimension qualitative qui ne lève cependant pas un certain nombre d'interrogations sur la fonctionnalité du dispositif

La professionnalisation des équipes des missions locales et PAIO est devenue une réalité, facilitant ainsi la mise en œuvre des politiques intégrées pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Le positionnement de ces structures en faveur de ceux qui sont les plus en difficulté constitue un point fort de leur action.

Néanmoins, la DGEFP souligne encore, dans la continuité des observations de l'IGAS en 2000, les difficultés et les insuffisances du dispositif. Sont ainsi interrogées la capacité du programme à toucher les publics les plus défavorisés compte tenu des difficultés de leur repérage et les compétences des structures pour une prise en charge adaptée de cette frange de public.

L'accès à un emploi durable se révèle encore insuffisamment assis. « *Les contrats proposés sont plus souvent des emplois à temps partiel ou des emplois aidés dans le secteur non marchand* » comme le note la DARES qui ajoute par ailleurs que « *les trajectoires masculines restent essentiellement dépendantes du contexte et des expériences antérieures ou acquises au cours du dispositif* ».

Enfin, au plan local, le pilotage et l'animation du dispositif qui relèvent du réseau d'accueil des jeunes mériteraient d'être mieux articulés avec le SPE territorial nécessitant une implication accrue des acteurs régionaux et départementaux.

1.4 Contrat de qualification adulte (CQA) s'est peu développé

1.4.1 En dépit de l'attractivité croissante de la mesure, le contrat de qualification adulte n'arrive pas à émerger.

Le CQA constitue théoriquement un outil capable de combler le déficit de qualification des demandeurs d'emploi et de répondre aux besoins des entreprises en personnel qualifié.

Expérimenté durant deux ans et pérennisé en 2002, le CQA a été ouvert initialement aux adultes de plus de 25 ans rencontrant des difficultés sociales et professionnelles. Les publics prioritaires de la loi de lutte contre les exclusions pouvaient bénéficier de la mesure à titre dérogatoire mais ne percevaient pas l'aide forfaitaire (10 000F) accordée aux demandeurs d'emploi inscrits depuis au moins douze mois dans les dix huit derniers mois.

En 2002, les critères d'éligibilité sont sensiblement élargis ; désormais toutes les personnes sans emploi, âgées de 26 ans et plus, rencontrant ou susceptibles de rencontrer des difficultés sociales et professionnelles du fait de l'absence ou de l'insuffisance de qualification professionnelle peuvent bénéficier de la mesure.

Le régime du CQA est par ailleurs aligné sur le droit commun au regard de la rémunération, des allègements de charges sociales et intègre les contrats à durée déterminée comme les missions de travail temporaire. Enfin, l'aide de l'Etat a été recentrée sur les publics les plus en difficulté et elle est versée sous forme de prime aux employeurs à partir du 6ème mois (1525 € pour cette période et 120 € par mois supplémentaire).

Ces nouvelles dispositions ont vocation à répondre aux attentes des employeurs qui dans le cadre d'une enquête de la DARES en 2000 demandaient principalement une augmentation des exonérations qui leur sont accordées. Cette enquête révélait encore que plus de la moitié des employeurs utilisateurs jugeait positivement la mesure et que «*près de neuf employeurs sur dix se déclaraient satisfaits de la capacité des salariés à s'intégrer dans l'entreprise et huit sur dix de leur qualification* » même si «*un sur cinq déclare avoir rencontré plus de difficultés que lors de recrutements sur d'autres types de contrat* ». En outre, l'étude de la DARES relevait que près de sept employeurs sur dix envisageaient, selon leurs déclarations, l'embauche de leurs salariés.

1.4.2 Les résultats d'entrée dans la mesure s'avèrent décevants

Les objectifs fixés entre 1999 et 2001 n'ont pas été atteints (tableau 1) et les modifications intervenues en 2002 ne semblent pas avoir dynamisé le dispositif. Au contraire, les huit premiers mois de 2002 marquent un fléchissement par rapport à la situation observée durant la même période de 2001 (tableau 2).

Tableau 1 Evolution 1999-2001

	1999	2000	2001
Nombre de contrats	3207	6677	8492
Taux de réalisation/objectif initial (10 000)	32%	66,8%	85%

Source : DARES

Tableau 2 : Situation des contrats signés au cours des 8 premiers mois 2002

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Nbr de contrats	797	664	772	755	661	642	548	340
Taux de réalisation/ objectif DGEFP	92,7%	72,7%	80%	74,8%	64,8%	59,8%	48,6%	33,3%

Source : DARES

Le CQA revêt toujours un caractère confidentiel au regard des autres formules de contrat en alternance. Si les aménagements intervenus en 2002 vont dans le bon sens, il n'est pas certain que les acteurs (employeurs, salariés et l'opérateur) aient la même appréciation, ni que les modalités de financement hors UNEDIC de la formation soient bien adaptées. En tout état de cause, un bilan qualitatif s'imposera à la fin de l'année 2002 d'autant que la mesure concerne dans une large majorité (57% en 2000) des publics ayant un niveau faible de formation (V, Vbis et VI) et qu'elle vise depuis cette année l'ensemble des demandeurs d'emploi prioritaires.

1.5 Des moyens nouveaux ont été dégagés en 2002 en faveur des demandeurs d'emploi bénéficiaires du RMI dont il conviendra d'apprécier l'impact.

La prestation d'accompagnement dans l'emploi (PADE) a été lancée en 2002 à titre expérimental. Elle a pour objectif d'accompagner et d'aider le nouveau salarié à faire face aux situations de transitions professionnelles. Une étude action est en cours ; suivant les termes de l'ANPE, elle vise à suivre la mise en œuvre de l'accompagnement, à clarifier son contenu, à repérer les techniques d'accompagnement favorisant la réussite de la prestation et à élaborer un cahier des charges pour le développement des compétences des accompagnateurs.

Concomitamment, les aides à la mobilité et à la reprise d'emploi ont vu leur condition d'obtention élargie et leur champ d'application renforcée. Le nombre des bénéficiaires est passée de 27000 au premier trimestre 2001 à 38 000 au premier trimestre 2002. Compte tenu de la nouveauté de ces mesures, un bilan pourrait utilement avoir lieu en 2003

Chapitre 2 L'accès au logement et l'aide au maintien dans l'habitat

La loi a fait de l'accès au logement un point fort. Elle a arrêté diverses dispositions en vue de l'exercice du droit au logement et du développement de l'offre de logements sociaux pour les personnes défavorisées, notamment dans le cadre de plans départementaux chargés de définir les besoins, de déterminer le niveau de l'offre requise et d'organiser un dispositif d'aide. Le maintien dans le logement en assurant en particulier la prévention des expulsions est aussi un objectif prioritaire de la loi qui en définit les modalités.

2.1 En dépit de la relance de la construction, l'offre de logement social reste insuffisante tandis que l'harmonisation des aides à la personne n'a pas diminué la part couverte par les ménages

La mission n'a pu dans les délais impartis à la production d'un rapport intermédiaire réaliser une évaluation de l'ensemble de la loi pour ce qui a trait au logement et en particulier à l'accès au logement social. Elle a cependant souhaité aborder la question au regard de l'impact de la disponibilité du parc de logements sociaux sur les conditions de logement des personnes défavorisées. Au demeurant, la loi visait à renforcer l'offre locative en aménageant notamment les règles d'urbanisme en vigueur.

2.1.1 L'offre locative reste insuffisante en logements sociaux.

Le secteur associatif, les rapports de M. Alain CACHEUX et du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, ont mis l'accent sur la pénurie de logements sociaux.

Les raisons avancées de cette pénurie sont les suivantes :

- une augmentation des familles « éclatées » qui conduit à doubler le besoin en logements ;
- un ralentissement de la construction et de la réhabilitation de logements à vocation sociale (le haut comité pour le logement des personnes défavorisées estime le besoin à 100 000 logements par an, compte tenu d'une démolition annuelle de 15 à 20 000 logements vétustes) ;
- la répartition territoriale inadaptée de ces logements, du fait des mouvements de population, la tension étant vive dans certaines grandes agglomérations attirant de nouveaux habitants ;
- la diminution de l'offre locative privée, soit du fait du désinvestissement des bailleurs soit par le transfert d'une offre à destination sociale vers le marché locatif de droit commun, compte tenu de la pression de la demande ;
- la diminution du nombre de départs du secteur locatif social vers l'accession à la propriété.

Cette restriction de l'offre locative aurait un impact sur la disponibilité de logements à offrir aux personnes en situation précaire, elle contribuerait, selon la FNARS, à l'engorgement des capacités d'accueil des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS).

2.1.2 La relance de la construction de logements sociaux est amorcée.

Fin Octobre 2002, le gouvernement a présenté les grandes lignes d'un plan de relance de la construction et de la réhabilitation de logements sociaux. Ce programme volontariste, mobilisant les divers partenaires impliqués (Etat, Caisse des dépôts et consignations, collectivités locales, bailleurs sociaux), prolonge l'effort de redressement engagé en 2001 (56 000 logements mis en chantier) après une phase de régression (le nombre de mises en service de nouveaux logements était descendu à 43 000 en 2000).

Il serait en outre utile de connaître l'utilisation qui est faite des crédits consacrés aux prêts locatifs à usage social destinés aux publics les défavorisés.

2.1.3 Malgré un effort financier notable en 2001 et 2002 les aides à la personne n'ont pas réduit la charge des ménages.

Au titre de l'aide à la personne, l'harmonisation du montant de l'aide personnalisée au logement et de l'allocation logement devrait contribuer à renforcer l'attractivité de l'offre locative privée. La dernière tranche de financement de la suppression des inégalités dans l'attribution des aides au logement entre titulaires de minima sociaux et actifs à faible revenus a été engagée au 1er janvier 2002. Le coût budgétaire des deux mesures est de 530 M€, pour un coût total d'1 Md€. Il reste que le taux d'effort avec charges estimées pour un ménage ayant deux enfants et ne disposant que d'un SMIC de revenu est quasiment le double de celui d'un ménage bénéficiant du Revenu minimum d'insertion (RMI)[2].

Il s'avère également que cette politique de rattrapage et d'harmonisation de situations pénalisantes a malheureusement été contrecarrée par une plus forte hausse des loyers, ce qui a majoré le taux d'effort des ménages en 2002.

2.2 Certains dispositifs de la loi ont connu une application lente et limitée

2.2.1 Les plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées doivent contribuer à mieux cerner les besoins par « territoires ».

Les plans élaborés avant la promulgation de la loi devaient faire l'objet d'un renouvellement, notamment pour intégrer la connaissance de la situation des personnes et familles défavorisées et l'adaptation des critères d'éligibilité aux aides du fonds de

[2] Cette étude de la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction, a pris comme hypothèse, une base locative identique de 218,31 €, à laquelle s'ajoute un montant de charges estimées de 72,87 €, dans une agglomération de province de plus de 100.000 habitants, les calculs étant faits au 1er juillet 2002.

solidarité pour le logement (FSL). Au 1er juillet 2002, 70 nouveaux plans avaient été signés, 15 autres devraient l'être d'ici la fin de l'année.

Pour mesurer au plus près les besoins des personnes défavorisées en matière de logement, la loi prévoit la mobilisation d'instances locales chargées, le cas échéant, de la mise en œuvre des plans départementaux.

A la mi-2001, 54 départements avaient mis en place ces instances locales (conférences intercommunales du logement, commissions déconcentrées du FSL, commissions locales de l'habitat).

La territorialisation de l'action en faveur des personnes défavorisées connaît une progression et un succès limités. Au 1er juillet 2001, 159 bassins d'habitat avaient été crées dans 49 départements ; 104 conférences intercommunales du logement ont été mises en place à la même époque dans 45 départements ; seulement 11 chartes (définissant la répartition des objectifs d'accueil des objectifs quantifiés d'accueil des personnes défavorisées dans le parc de logements locatifs sociaux du bassin d'habitat) étaient agrées. A l'automne 2002, une quinzaine de chartes seraient signées.

2.2.2 Les fonds de solidarité pour le logement sont pour la plupart efficaces,mais tous n'ont pas revu leurs critères d'attribution des aides.

La loi, dont les objectifs ont été précisés dans un décret du 22 octobre 1999, a étendu les critères d'attribution du FSL afin d'améliorer l'accès au logement et le maintien des personnes défavorisées dans leur habitat. Ainsi, il est possible d'assurer le cautionnement du paiement du loyer et des charges locatives et, dans la cadre du maintien dans le logement, d'accorder des prêts et subventions en vue d'assurer le règlement des impayés locatifs.

Les ménages en difficulté ont également la possibilité de saisir directement les instances du FSL sans passer systématiquement par le canal d'une enquête sociale.

La pratique du cautionnement est assurée dans 87% des départements, le droit à la saisine directe est effectif dans 72% des cas. 83% des FSL respectent le délai de deux mois maximum pou statuer sur une demande.

Seuls deux tiers des FSL indiquent les voies de recours et 60% d'entre eux orientent les ménages vers d'autres modalités d'aide en cas de refus.

L'organisation et la gestion des FSL sont bien définies au plan réglementaire (un dernier texte concernant le niveau de prise en charge des frais de gestion devrait paraître prochainement). De surcroît, la faculté d'assurer par le concours de ce fonds un accompagnement social, contribue à prévenir la formation de nouveaux impayés et donc au maintien dans l'habitat.

Préconisée par la mission IGAS-IGA-IGE de novembre 2002, l'extension du périmètre des FSL à la prise en compte des impayés, d'eau, d'énergie et de téléphone devrait renforcer l'efficacité d'un dispositif qui en 2001 a pu honorer plus de 273 000 demandes. La dotation de l'Etat à ce fonds a progressé depuis 1998, pour atteindre une délégation de 483,7 MF en 2001 (ce qui a permis une dotation d'un montant au moins

identique par les départements qui sont co-gestionnaires de ces fonds et tenus à ce titre d'apporter une participation égale à celle de l'Etat). Certains fonds n'ont pas accru leur activité en proportion, ce qui les a conduit à dégager une trésorerie importante, induisant de ce fait des réfactions de crédits (la trésorerie constituée se situe au delà du montant des provisions nécessaires pour faire face aux engagements sur les prêts ou cautionnements)

Le renforcement de l'efficacité de ce fonds (surtout s'il devient un fonds unique « habitat ») passe notamment par deux voies :

-la mise en place de commissions locales d'instruction et d'attribution des aides qui pourraient le cas échéant participer à la définition des besoins sectoriels en matière d'habitat « très » social ;

-une coordination de leur action avec celle des commissions de surendettement (ce qui ne se produit que dans 57% des cas) et les sections départementales de l'aide publique au logement (SDAPL) ; cette coordination doit être également améliorée en termes de prévention des expulsions.

2.2.3 Une aide à la médiation locative qui progresse mais nécessite un renforcement.

L'attribution d'une aide forfaitaire annuelle par logement (466,35€ en 2002 en province) a permis aux associations et aux centres communaux d'action sociale de conforter leur recours à la sous-location ou la gestion mobilière pour le compte des personnes défavorisées.

Le nombre de logements concernés est passé de 15.589 en 1999 à plus de 22.000 cette année.

Les associations mentionnent l'insuffisance des concours budgétaires et la complexité du mécanisme de versement des aides.[3]

Compte tenu de l'intérêt que présente l'aide à la médiation locative au plan préventif, dans l'aide au relogement. La mission se propose dans un second temps d'analyser les facteurs de réussite d'une telle mesure dans les départements où elle produit son plein effet, en vue de proposer des modalités pratiques de généralisation sur l'ensemble du territoire.

2.3 Des dispositifs importants qui ont marqué le pas.

2.3.1 La politique de lutte contre les expulsions n'a pas produit son plein effet.

Jusqu'en 1999, il a été constaté une décélération du nombre de ménages en situation d'expulsion, mais depuis, comme le montre le tableau suivant, ces situations d'expulsion sont en progression.

[3] Mentionné dans le document transmis par le collectif « Alerte » lors de la journée du 15 novembre 2002.

	1997	1998	1999	2000	2001
Contentieux locatif avec demande de délivrance de titre exécutoire	113.432	100.554	97.575	100.433	
Nombre de demandes de concours de la force publique	32.294	33.285	29.823	33.872	36.400
Nombre de décisions accordant le concours de la force publique	14.473	13.256	13.915	16.275	16.844
Nombre d'interventions effectives de la force publique	4.753	4.359	4.866	5.936	6.337

Sources :DGUHC (informations ministères de l'intérieur et de la justice)

L'interprétation de ces chiffres doit être nuancée, compte tenus des divers facteurs explicatifs qui pourraient être avancés notamment l'instauration de délais par la loi occasionnant une diminution de l'engagement des contentieux en 1998 et 1999.

La loi tend à limiter les expulsions en instituant un système préventif visant à ne pas recourir à la procédure contentieuse et à aider les ménages en difficulté lorsqu'elle est engagée.

A chacune de ces étapes, le dispositif présente des difficultés.

➢ En premier lieu, il est prévu dans l'article 115 de la loi que les bailleurs sociaux, en cas de constat d'impayés ne peuvent faire délivrer une assignation aux fins de constat de résiliation du bail avant l'expiration d'un délai de trois mois suivant la saisine de la section départementale des aides publiques au logement (SDAPL), de la CAF ou de la MSA, concernant des locataires bénéficiant d'une aide au logement. Ce délai doit être utilisé pour la mise en place d'une solution amiable avant le déclenchement de la phase contentieuse. Du fait de l'engorgement des SDAPL, les dossiers ne sont pas transmis à temps aux FSL, bien que 90% des départements indiquent avoir organisé la coordination de ces deux instances[4].

➢ Dans un deuxième temps, l'assignation intervenant après ce délai de trois mois, le juge ne peut statuer avant un délai de deux mois. L'huissier de justice informe le locataire et surtout saisit le préfet de cette assignation. Ce dernier doit utiliser le délai entre l'assignation et le jugement pour déclencher une enquête sociale d'urgence permettant soit l'élaboration d'un plan d'apurement de la dette soit la recherche d'un relogement adapté. Or ces enquêtes sociales n'étaient en 2001 réalisées que dans 79 départements, le nombre de départements mobilisés n'ayant pas varié depuis 1999. Les enquêtes sociales sont de qualité inégale. En 2001, selon le ministère chargé du logement, 63 départements seulement avaient pu établir des plans d'apurement mais tous les ménages n'avaient pu en bénéficier.

➢ Depuis la promulgation de la loi, le juge dispose d'une faculté d'appréciation de la bonne foi du locataire en constatant son impécuniosité. Cette faculté n'est pas systématiquement utilisée faute pour le magistrat de disposer par le préfet des

[4] Enquête annuelle 2001 de la DGUHC sur le logement des personnes défavorisées.

informations sur la situation sociale du locataire (82 départements transmettent un document d'information au juge).

- Après le jugement, l'obligation d'information du préfet par le magistrat sur les délais d'expulsion notifiée n'est pas systématiquement appliquée. Elle permettrait cependant de rechercher un relogement pour l'occupant.

- Au stade de l'expulsion, seulement 67 départements proposent une solution d'hébergement ou de relogement.

Les ruptures constatées dans les modalités de la prévention des expulsions ou dans le traitement du relogement des personnes entrées dans une phase d'expulsion ou ayant fait l'objet d'une expulsion sont pour beaucoup liées à l'absence de coordination entre les différents acteurs concernés.

Or la loi, pour prévenir ces ruptures prévoyait, dans un délai de deux ans, la signature dans chaque département, d'une charte pour la prévention des expulsions entre les différents partenaires impliqués dans l'exercice de cette prévention. Au 1er février 2002, seulement 55 chartes étaient signées, cette signature n'était acquise de la part des communes, des associations d'insertion par le logement et des tribunaux que dans une minorité des cas.

Les représentants du secteur associatif évoquent un échec de la loi en ce domaine[5]. Pour sa part, la mission estime qu'une étude approfondie des causes des difficulté rencontrées et des conditions d'amélioration de la situation en simplifiant les procédures aboutirait peut-être à des conclusions plus nuancées. Les actions correctives prévues par la DGUHC, dans le cadre de la définition du nouveau programme national de lutte contre les exclusions, doivent être rapidement engagées. Il serait en outre utile d'examiner les expériences conduites avec succès par les départements qui se sont fortement mobilisés dans le traitement de la prévention des expulsions locatives, afin de les faire connaître et de les généraliser.

2.3.2 La lutte contre le saturnisme infantile entre tout juste dans sa phase active.

La loi relevait l'urgence du traitement du saturnisme. Selon le collectif « Alerte », 250.000 sont en danger potentiel. Une étude de l'INSERM, mentionnée par la DGS et réalisée en 1999 ferait état d'un nombre de 85 000 enfants de un à six ans affectés par l'exposition au plomb.

La loi impose deux types de mesures :

-des mesures d'urgence immédiate, à partir d'un signalement médical ou de signalement d'un risque d'intoxication au plomb dan un immeuble permettant aux préfets de département de procéder à un diagnostic et le cas échéant d'imposer à un propriétaire la réalisation de travaux supprimant ce risque ;

[5]Point de vue exprimé dans un document présenté dans le cadre de la journée du collectif ALERTE le 15 novembre 2002.

-des mesures préventives par le biais de la délimitation de périmètres des zones à risque d'exposition au plomb. Cette disposition permet d'informer les propriétaires acquéreurs et surtout les occupants d'un immeuble de l'état des risques encourus.

➢ Concernant cette détermination des risques, 47 Préfets ont pris un arrêté d'états de risque d'accessibilité au plomb. Pour une quarantaine de départements, l'ensemble du territoire est couvert par la zone à risques.

Les imprécisions initiales de définition des états de risque expliquent selon le Haut comité au logement des personnes défavorisées la mise en jeu de la part des préfets d'un principe de précaution. Il en résulte une difficulté à sérier les priorités de traitement des immeubles concernés.

Ce n'est que tout récemment qu'a été engagé conjointement par la DGS et la DGUHC, un travail d'élaboration de critères de graduation des risques qui devrait permettre de mieux circonscrire les zonages d'états de risque d'exposition et d'harmoniser la nature des diagnostics effectués par les opérateurs.

➢ Pour ce qui a trait à l'urgence immédiate, il apparaît que la pratique des signalements médicaux est variable (aucune déclaration dans certains départements).

Les professionnels de santé ne paraissent pas suffisamment sensibilisés sur l'importance du dépistage des intoxications au plomb et du signalement des cas détectés. Cependant quelques programmes régionaux de prévention pour l'accès aux soins (PRAPS), ont fait du traitement du saturnisme un thème prioritaire, qui ont débouché sur l'engagement de plans de contrôle ciblés. Certaines DRASS ont programmé ce thème dans leur activité de contrôles.

La faiblesse du nombre de signalements mentionnés par la DGS (750 à la fin 2001) au regard du nombre d'enfants potentiellement touchés par cette intoxication au plomb devrait inciter les autorités sanitaires à redéfinir de nouveaux modes d'action.

La nécessité de fiabiliser l'information sur l'ampleur des risques réellement encourus apparaît fortement au regard de l'enjeu de santé publique.

Pour sa part, à la fin 2001, le ministère chargé du logement a répertorié 2.553 signalements.[6]

En outre il existe un délai important entre le constat du risque d'exposition réel et la réalisation des travaux de protection des occupants des habitations touchées.

En fin 2001, sur les 3.303 signalements « santé » et « habitat » enregistrés, 1763 d'entre eux ont donné lieu à un diagnostic dont 940 se sont révélés positifs. Ces

[6]Il faut ajouter à ce chiffre les signalements adressés dans le cadre des états de risques positifs communiqués par les vendeurs de logements aux préfets de département ayant pris un arrêté de zonage de risques. Ces signalements (13.582) revêtent un caractère systématique ce qui conduit la DGUHC à mentionner qu'au regard des constatations formulées par les services impliqués dans la lutte contre le saturnisme, notamment dans le Rhône ou à Paris, une part minoritaire de ces états de risque débouche sur la nécessité d'engager des actions en urgence.

diagnostics ont conduit à 574 notifications de travaux, dont 199 ont été effectués (155 par les propriétaires et 44 par l'Etat)

Parmi les raisons invoquées pour expliquer la lenteur des actions correctives engagées, figure le délai trop court (un mois) accordé aux propriétaires pour sécuriser leur logement et la lourdeur du dispositif de substitution par l'Etat. La nécessité de passer des marchés sur appel d'offre européen pèse sur ces délais. Est mentionnée également la difficulté que rencontrent les services de l'Etat pour procéder tant au diagnostic requis qu'à la passation des marchés au regard des ressources humaines disponibles.

Cette situation explique la faiblesse de la consommations des crédits affectés à la lutte contre le saturnisme. Soixante millions de francs (9,147M€) ont été ouverts en 2001 au chapitre 37-40 du ministère chargé du logement, un montant identique a été budgété en 2002. 35MF ont été délégués aux départements demandeurs ; sept d'entre eux mobilisant 80% du montant délégué. La consommation effective des crédits n'est pas connue.

La situation devrait s'améliorer par la conjonction des moyens de lutte contre le saturnisme et la mise en place d'un programme d'éradication de l'habitat indigne engagé dans onze départements prioritaires. De plus, le processus de passation des marchés étant achevé dans les départements les plus engagés, le nombre de travaux réalisés devrait augmenter en 2003.

La mission considère que le renforcement du pilotage par les départements ministériels concernés devrait être engagé. Au minimum devrait être assurée :

-l'amélioration de la connaissance du risque sanitaire et du nombre de personnes potentiellement exposées ;

-une communication ciblée auprès des professionnels de santé.

Dans cette perspective, la médecine scolaire pourrait être mobilisée au titre des actions de dépistage.

A l'échelon départemental, l'exemple de la mise en place de comités de pilotage dans certains départements associant les collectivités locales, les représentants des bailleurs sociaux et privés, les représentants des usagers, pourrait être repris.

2.3.3 Une réforme des modalités d'attribution des logements qui vient seulement de prendre corps.

Deux mesures importantes ont été arrêtées dans la loi :

-la détermination à l'échelon départemental, sous forme d'un accord collectif avec les bailleurs sociaux, d'un engagement quantifié d'attribution de logements aux personnes cumulant des difficultés économiques et sociales et visées dans le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées ;

-la mise en place d'un enregistrement départemental unique des demandes d'attribution de logements sociaux, cette disposition se traduisant par l'instauration d'un numéro unique départemental.

Au 1er juillet 2001, la passation d'accords collectifs n'était effective que dans 51 départements. Ce nombre n'a pas évolué en 2002. Au total 81 départements avaient déterminé un objectif annuel quantifié ; pour 66 d'entre eux l'engagement était inférieur à 1% du nombre de logements locatifs sociaux. Au plan national, ce pourcentage moyen est de 0,63%. Le recours par les préfets à l'utilisation de ce contingent ne semble pas avoir été fréquent[7].

La réforme de l'enregistrement des demandes constitue un élément important de transparence des modalités d'attribution des logements sociaux et permet de mesurer de façon plus précise les délais effective d'attente de cette attribution.

Tous les départements ont mis en place le numéro unique d'enregistrement (la mesure est effective au 1er juillet 2001). Il sera possible d'appréhender véritablement l'efficacité de cette procédure après une année de fonctionnement, notamment au regard de la connaissance de la durée d'attente pour obtenir un logement social.

[7] Cela a été communiqué à des membres de la mission dans le cadre de d'une mission interministérielle diligentée pour examiner la faisabilité d'un fonds unique « habitat » , cette année.

Chapitre 3 - l'accès aux soins.

L'accès aux soins est un objectif essentiel de la lutte contre les exclusions. Les inégalités sociales de santé perdurent. Le Haut comité de la santé publique, dans un rapport de janvier 2002 soulignait que les risques de mortalité selon les groupes sociaux avait peu évolué dans la période 1975-1995 (le risque de mortalité d'un ouvrier non qualifié par rapport à un cadre est passé de 2,6 à 2,4)

A fortiori les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté sont-elles susceptibles de développer un taux de morbidité supérieur au reste de la population.

La mission a essentiellement centré son évaluation sur trois points clefs du dispositif législatif :

-la mise en œuvre de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ;.

-l'accès aux droits à l'assurance maladie et l'impact de la mise en place de la couverture maladie universelle ;

-l'accès aux soins à travers la mise en place des permanence d'accès aux soins de santé.

3.1 La couvertue maladie universelle (CMU) est un acquis essentiel dans le domaine de l'accès aux soins.

La loi du 27 juillet 1999 créant la CMU a apporté une amélioration majeure pour l'accès de personnes en situation de précarité à une protection sociale difficilement mise en œuvre par les anciennes dispositions de l'aide sociale. Elle a institué pour tous les résidents un interlocuteur central, la CPAM, et a augmenté le niveau de protection.

La mission confirme l'approche positive du premier rapport d'évaluation de la loi de lutte contre les exclusions et de la première évaluation de l'application de la loi portant création d'une couverture médicale universelle[8].

3.1.1 Le dispositif connaît une large utilisation

Après une phase importante de montée en charge du nombre de bénéficiaires, celui-ci se stabilise (4.714.400 personnes), bien qu'inférieur aux prévisions initiales. En outre, les droits renouvelés en juin 2001 arrivant à échéance en juillet 2002, il semble qu'une baisse des effectifs de l'ordre de 250.000 personnes soit enregistrée. Cela résulterait d'une mise à jour des fichiers qui conduit à la sortie de personnes dépassant les seuils de ressources requis pour bénéficier de la CMU.

Au 30 juin 2002, 635 900 personnes ont exercé leur droit d'option auprès d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance pour une protection sociale complémentaire

[8] Rapport N° 2001-112 : Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Le financement du dispositif est assuré majoritairement par l'Etat en complément des concours des organismes complémentaires. La dotation d'équilibre qu'il apporte au système a cru régulièrement de 800 M€ en 2000, à 889,24 M€ en 2001 et à 929,94 M€ en 2002 et s'est révélée suffisante pour financer les dépenses.

Dès l'année 2000, la CNAMTS observait un recours aux soins plus important de la part des bénéficiaires de la CMU (1 953 € de dépenses moyennes par consommateur) que de la part des autres patients du régime général (1 504 € de dépenses moyennes par consommateur) avec une forte prévalence du recours aux soins hospitaliers. Il semble néanmoins que cette tendance s'infléchisse vers un plus large recours aux soins de ville. Cette différence dans la dépense moyenne trouve son origine dans diverses causes, notamment l'état de santé antérieurement dégradé, le recours tardif aux soins, le recours privilégié aux services hospitaliers. Il est également noté que la consommation de soins est concentrée sur un faible nombre de bénéficiaires : 10% des assurés génèrent 70% de la dépense totale au titre de la CMU.

Le dispositif dit du « panier de soins » est très efficace et a permis notamment un meilleur accès aux soins notamment dans le dentaire et l'optique. Cependant un différentiel de remboursement des prothèses dentaires et des équipements d'optique à charge des assurés subsiste.

Parmi les améliorations apportées au dispositif existant, on note une meilleure prise en charge de « la sortie » de CMU. Ainsi la CNAMTS vient-elle récemment de traduire l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion passée avec l'Etat par une circulaire auprès de son réseau de caisses définissant le dispositif d'aide à l'acquisition de contrats complémentaires pour les personnes dont les ressources sont supérieures de 10% au plafond de la CMU. Le financement correspond à une moyenne de 115 € par bénéficiaire, couvert par les fonds d'action sociale des caisses primaires Il est important de souligner que la souscription de ce contrat de couverture maladie complémentaire permet la dispense d'avance de frais.

3.1.2 Des progrès sont encore souhaitables dans la mise en œuvre des procédures.

Les constats qui suivent sont extraits du rapport d'évaluation cité supra et produit en décembre 2001. Ils portent essentiellement sur :

-la lisibilité des formulaires à remplir par les usagers, nécessitant éventuellement l'accompagnement de ces derniers ;

-la lourdeur et l'hétérogénéité des procédures (nombre de justificatifs, démarches auprès d'autres institutions…) ;

-la nécessité de cibler les publics redevables d'une approche particulière ; ce que le CNLE identifie sous le vocable « *l'aller vers* » ;

-les réticences des CCAS, à participer à l'instruction des dossiers.

Par ailleurs, la CNAMTS, consciente de ces difficultés, s'est engagée dans une démarche qualité sur l'accueil des usagers et la simplification des procédures. La mission a eu connaissance d'expériences intéressantes d'accueil dédié dans certaines caisses (Calvados par exemple). Ces initiatives mériteraient une observation particulière afin d'en tirer des pratiques généralisables.

Des problèmes subsistent en matière d'aide médicale d'Etat (AME), notamment pour les enfants d'étrangers en situation irrégulière (art L380-5 du Code de la Sécurité Sociale qui contribue à minorer leur couverture maladie).

3.2 Les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) constituent une avancée qu'il convient de conforter dans leur deuxième génération.

3.2.1 L'élaboration des PRAPS a créé une dynamique

Chaque Région a élaboré un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins dans lesquels près de 1.500 actions ont été définies. lesquelles ont fait l'objet d'un financement d'Etat soutenu depuis la promulgation de la loi lesquels ont fait l'objet d'un financement régulier par l'Etat[9]

S'agissant d'un premier exercice (PRAPS de première génération couvrant la période 1999-2002), ces plans sont hétérogènes et ont visé une exhaustivité qu'il était difficile d'atteindre.

En dépit d'un repérage qui s'est voulu précis des situations sanitaires à risque auxquelles sont confrontées les populations concernées, les programmes d'action s'expriment trop souvent en termes généraux, sous un mode intentionnel, et sans toujours définir les moyens d'action envisagés pour atteindre les objectifs fixés.

Les difficultés de traduction opérationnelle des PRAPS sont soulignées par la direction générale de la santé elle même qui indique dans un document de synthèse de ces programmes que *« sur les 24 Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins analysés, seules 10 régions ont défini des priorités. Par ailleurs, il est souvent difficile des les distinguer des objectifs généraux ».*

Cependant, ce constat réservé doit être nuancé car la dynamique engagée doit déboucher sur une meilleure discrimination des programmes à définir et des actions à mener. Des critères d'évaluation de l'impact des ces actions en matière d'amélioration de la prise en charge et de l'état de la santé des personnes en situation de précarité pourront ainsi émerger.

A cette fin, des outils sont déjà en place (une page spécifique aux PRAPS existe dans l'INTRANET, les correspondants régionaux sont réunis régulièrement, un magazine spécifique « Actions PRAPS » a été lancé à destination essentiellement des services des DRASS et des DDASS)

[9] 116 MF (en 1999 et 2000, 136 MF en 2001 et 23,78 M€ en 2002

3.2.2 Les PRAPS de deuxième génération sont une opportunité à saisir.

Actuellement, la phase d'élaboration des PRAPS dits de deuxième génération est engagée (une circulaire du 19 février 2002 en définit la méthodologie et le cadre) et doit conduire à l'adoption des nouveaux programmes en début 2003.

L'évaluation des premiers PRAPS portant sur la période 1999-2002 est en cours. Il serait souhaitable que les premiers résultats de cette évaluation, confiée à un opérateur externe, puissent être diffusés avant l'adoption des nouveaux programmes.

La mission s'interroge sur la pertinence d'une adoption des PRAPS au 1er janvier 2003, alors qu'on ne dispose pas du recul suffisant pour définir le meilleur cadre possible. La recherche d'une bonne articulation de la démarche avec celle de la préparation du programme quinquennal de santé publique devrait prévaloir.

En tout état de cause et avant que les programmes soient arrêtés au plan régional ; en vue d'accompagner leur bonne mise en œuvre, la mission recommande quelques principes rejoignant d'ailleurs le contenu de la circulaire du 19 février 2002 précitée :

- resserrer le contenu et le nombre des actions envisagées afin de privilégier la recherche de solutions concrètes aux problèmes prioritaires de santé posés. A titre d'exemple, le problème du dépistage et de la prise en charge du saturnisme infantile paraît devoir être mieux pris en ligne de compte[10].
- asseoir territorialement le diagnostic des problèmes de santé rencontrés par les personnes en difficultés et la formulation de réponses adaptées au contexte local (le cadre départemental étant trop large) ;
- partager le diagnostic et la détermination des actions à conduire, avec les représentants des usagers, les structures et les professionnels concernés. Une telle démarche permettrait une meilleure appropriation des enjeux par ceux qui seront amenés à les mettre en œuvre ;
- assurer la coordination avec les nouveaux schémas d'organisation sanitaire. Ceux-ci devront intégrer le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé et prévoir le lien entre la psychiatrie institutionnelle et la prise en charge médico-sociale de la santé mentale des personnes en difficulté ;
- inscrire le financement des actions engagées dans la durée ;
- associer plus étroitement les ARH à l'élaboration des PRAPS.

3.3 La problématique spécifique de la santé mentale des personnes en situation de précarité mérite une attention particulière

De nombreux de PRAPS ont repéré les problèmes de santé mentale parmi ceux qui affectaient spécifiquement les personnes en situation de précarité. Cette préoccupation est également souvent citée par les représentants des associations. Une enquête OSC-FNARS réalisée en 2000 et 2001 sur un échantillon de 1160 personnes

[10] Peu de PRAPS de première génération l'ont abordé et/ou traité alors que le nombre d'enfants concernés serait important (85.000 selon une évaluation de l'INSERM). Seulement 10 régions ont procédé à un dépistage ciblé. Ce problème majeur mérite un « rattrapage » du retard constaté

s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion se fait l'écho de ce problème.

Les professionnels de l'urgence sociale font le constat de la souffrance psychique et de l'importance des troubles du comportement des personnes qu'elles accueillent.

Au sein du ministère chargé de la santé, (DGS,DHOS), la nécessité de sortir la psychiatrie de son cadre usuel afin de lui permettre d'aller au devant des plus démunis qui ne peuvent ou ne veulent rentrer dans un processus de soins est désormais acquise.

La réflexion s'est développée à travers des groupes de travail à la DGS et à la DHOS et le rapport d'avril 2002 du Dr Jean-Luc ROELANDT et s'est traduite par des recommandations en matière d'organisation de l'offre de soins en santé mentale[11] L'idée émergente est la mise à disposition de personnels soignants auprès des professionnels du secteur social et des usagers et gardant le lien avec l'équipe médicale du secteur psychiatrique. Le principe des réseaux de soins médico-sociaux dans le domaine de la santé mentale est désormais acquis.

Le rôle des PRAPS a été en la matière déterminant. Ils ont permis de soutenir financièrement (2,29 M€ en 2001) des projets innovants relayés dans ce cas de figure par une bonne coordination ARH et des DRASS. La création de postes de psychologues a ainsi été subordonnée à l'engagement de toute l'équipe soignante d'un secteur psychiatrique d'apporter son concours aux professionnels recrutés.

Sur ce thème, un projet de circulaire commune (DGAS,DGS, DHOS) est en cours d'élaboration. Elle préconise une approche coordonnée des institutions et des professionnels œuvrant auprès des personnes en difficulté et en souffrance psychique pour leur proposer une prise en charge préventive, curative et un projet d'insertion.

Cet engagement devrait se traduire par la généralisation du dispositif à l'ensemble de la psychiatrie publique et libérale pour atteindre son objectif global. Les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé constitueraient la cadre approprié à cette concrétisation.

3.4 Les permanence d'accès au soins de santé (PASS) se généralisent mais leur objet et leur fonctionnement devront être consolidés.

3.4.1 Le développement des permanences d'accès aux soins de santé a été important.

Dès la promulgation de la loi, les projets de mise en place des PASS ont été définis. La circulaire DH/DAS du 17 décembre 1998 avait arrêté un objectif de montée en charge des implantations des PASS sur trois ans. Cet objectif a été atteint, accompagné des financements requis et pérennes sur crédits d'assurance maladie.

[11] *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.* Rapport final du groupe de travail élaboré sous l'égide de la DHOS/mars 2002.

Sur les exercices budgétaires 2001 et 2002, il n'y a pas eu de financements dédiés, toutefois les agences régionales de l'hospitalisation avaient la possibilité sur leur enveloppe régionale de conforter l'existence des PASS, voire de financer le lancement de nouvelles structures.

Dans le cadre de la « campagne » budgétaire 2003, la relance du financement des PASS est programmée. Le montant prévisionnel affecté à la mesure est de 1M€ correspondant à la création d'une dizaine de nouvelles PASS. Cependant l'état d'engagement du processus d'allocation budgétaire aux établissements de santé sous dotation budgétaire globale ne permet pas de préciser s'il s'agit de l'attribution de crédits « fléchés », ou si l'application de la mesure est laissée à l'appréciation des ARH au sein d'un bloc des priorités définie par la circulaire budgétaire.

A ce jour 372 PASS ont été crées, la plupart des Services d'Accueil des Urgences (SAU) en disposent. Ces permanences sont en fait installées au sein des hôpitaux les plus importants ayant une vocation d'appel. Il convient de souligner la très faible implantation des PASS en milieu psychiatrique.

La forme prise par ces PASS est variable : elles sont le plus souvent insérées au sein des urgences hospitalières ; elles prennent parfois la forme de consultations dédiées ; elles se situent plus rarement hors de l'enceinte de l'hôpital et peuvent revêtir le caractère d'unités mobiles.

Ces permanences doivent contribuer à l'ouverture des droits à l'assurance maladie et assurer les soins urgents. Les PASS ont de fait également un rôle d'orientation de la personne au sein du système de santé dans son ensemble.

A ce titre, le partenariat noué entre les hôpitaux et l'assurance maladie, visant à mettre en place dans les établissements de santé des permanences administratives des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) pour faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité est à signaler.

3.4.2 Ce développement des PASS est positif et doit être complété par une mesure de l'impact de leur création en terme de services rendus.

Le suivi du dispositif, est assuré par la DHOS. Elle organise la confrontation des expériences et des préoccupations des promoteurs hospitaliers. Cette mutualisation des expériences devrait déboucher à la fois sur la détermination des axes de travail à privilégier et la construction d'indicateurs d'activité et de résultats.

Afin de faire évoluer le dispositif des PASS vers des services de plus en plus adaptés aux publics qu'elles visent, la mission préconise d'abord de perfectionner la connaissance de leur activité (couverture du territoire, nature des services rendus, publics touchés, partenariats établis…) et d'en tirer les indicateurs pertinents pour leur suivi. A cette fin, elle propose, à l'issue de plusieurs visites, d'élaborer un questionnaire adressé aux DRASS qui synthétiseraient les données relatives à un maximum de structures.

3.4.3 La prise en compte de la précarité doit intervenir dans la mesure de l'activité des établissements de santé.

Une réforme du processus d'allocation budgétaire aux établissements de santé basée sur un financement à l'activité est engagée. Elle devrait être mise en œuvre en 2004.

L'expérimentation de la réforme intègre la prise en charge des personnes en situation de précarité. Celle-ci relève principalement des établissements du service public, les établissements hospitaliers privés assurant également l'admission de personnes en situation de précarité.

La mission formule le souhait que les mécanismes de décompte de cette activité aient un caractère incitatif à l'accueil des personnes défavorisées et que, pour le moins, le mécanisme d'allocation budgétaire ne constitue pas un argument de la part de certains établissements pour n'assurer que le « minimum social »

Chapitre 4 L'accès à l'éducation

La loi de lutte contre les exclusions s'attache particulièrement à améliorer le dispositif de soutien aux élèves le plus en difficulté, en accentuant l'effort dans les zones d'environnement social défavorisé. Elle rétablissait les bourses des collèges et en généralisait les comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté.

La première évaluation menée en 2000 avait porté une appréciation nuancée sur les divers points touchés par la loi notamment :

- une intensification des efforts sur le développement des dispositifs relais, le remodelage des ZEP ;
- une réussite variable sur le suivi des élèves en voie de déscolarisation, notamment les comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté, les partenariats à établir avec les partenaires de l'école (missions locales et CAF) ;
- des progrès à faire sur l'utilisation et la connaissance qualitative des instruments d'appui aux élèves : fonds sociaux, bourses des collèges.

Deux ans plus tard, l'objectif de renforcement de l'égalité des chances inscrit dans le programme de lutte contre la grande pauvreté et l'exclusion sociale de 2001 trouve une particulière application dans l'action de l'école. Cet objectif est notamment visé à travers les dispositifs adaptés aux jeunes en situation de rupture scolaire, les actions visant à éviter la déscolarisation, la lutte contre l'absentéisme

4.1 Les avancées notées en 2000 sont confirmées

4.1.1 La politique des zones d'éducation prioritaires et réseaux d'éducation prioritaires (ZEP et REP) s'est poursuivie.

La révision de la carte des ZEP sur la base d'indices de difficultés sociales et leur insertion dans les réseaux d'éducation prioritaire ont été accomplies dès 1999 et le dispositif est stabilisé depuis lors. Le nombre de collèges et de lycées dans ces zones ne varient plus notablement, s'établissant à 45 lycées dont 38 en ZEP et 1083 collèges dont 867 en ZEP. Au total, plus d'un élève sur cinq (21,1% soit 578042 collégiens) est scolarisé dans un collège de ZEP ou en REP. Au niveau primaire, 17,9% des écoliers fréquentent les écoles de ces mêmes zones. La mise en réseau des établissements permet de faire travailler ensemble les écoles et les collèges. Les effectifs des classes sont inférieurs aux moyennes, notamment pour les classes maternelles et de 2 environ pour le primaire et les collèges. En outre, l'organisation du travail des collèges en groupes restreints pour 20% des heures vise à personnaliser l'enseignement. Les résultats de cette politique s'apprécient en termes qualitatifs sur l'évolution des pratiques pédagogiques, le regard des enseignants sur les parents, l'image des établissements et l'arrêt des processus de « ghettoïsation ». La constitution de pôles d'excellence depuis 2000 a eu vocation à développer les partenariats au sein des REP avec les établissements d'enseignement supérieur, des organismes de recherche, des entreprises ou des institutions culturelles et sportives.

4.1.2 L'opération « Ecole ouverte » correspond bien aux objectifs de la loi.

Elle répond à la préoccupation énoncée dans la loi de faciliter l'accès de tous à la culture, à la pratique sportive aux vacances et aux loisirs comme un moyen d'accéder à la citoyenneté. A cet égard, le système éducatif public répond à cet objectif en accueillant les élèves dans les collèges et lycées, essentiellement des ZEP et zones urbaines sensibles, pendant les petites vacances, les mercredis et samedis.

Les objectifs de resocialisation et de réconciliation avec l'école notamment des jeunes de familles défavorisées sont centraux. Aussi, 256 établissements sur les 477 qui y participent en 2001 étaient situés en ZEP/REP[12].

Outre l'accès à des activités culturelles, sportives et de loisir, les jeunes accueillis bénéficient d'activités de remobilisation ou d'approfondissement de leurs connaissances.

L'appréciation des acteurs engagés dans ces actions porte sur les retombées positives sur le temps scolaire lui-même, la prévention de la violence, la perception de l'école par les familles et les élèves et l'amélioration du climat de l'établissement.

Le dispositif existe depuis 1991 mais s'est amplifié depuis 1997. Il touche désormais environ 65 000 jeunes chaque année. Les moyens consacrés par l'Education Nationale ont cru de 1998 à 2001 de 6% en moyenne avec une augmentation plus forte de 18,54% de 1999 à 2000. Le nombre d'élèves touchés a suivi une évolution identique, connaissant une forte augmentation depuis 1997.

4.1.3 Les classes relais sont une réponse aux besoins les plus graves.

Les dispositifs relais offrent à des collégiens en risque de marginalisation scolaire, un accueil temporaire et un enseignement adapté en vue d'une réinsertion effective dans une classe ordinaire sous statut scolaire ou sous contrat de travail. Ces dispositifs accueillent chacun 14 élèves au cours de l'année. La première évaluation relevait la réussite de ces formules qui étaient au nombre de 100 environ en 1999. Au cours de l'année 2000/2001, 267 structures ont fonctionné accueillant 3650 élèves et 250 en 2001/2002.

Les motifs de l'accueil dans de telles structures présageait d'un avenir très compromis dans le système scolaire (indiscipline, absentéisme et déscolarisation, exclusion de l'établissement, les justifiaient dans 86,9% des cas)[13]

Les résultats de ces dispositifs sont encourageants puisqu'un suivi six mois après leur sortie, montre que la moitié se trouve en collège, en lycée professionnel ou en apprentissage, 15% sont pris en charge par une structure socio-éducative et 4% sont entrés dans la vie active. 17% vivent des situations personnelles difficiles et aucune information n'a pu être recueillies sur 15% d'entre eux[14]. En dépit d'un constat de la

[12] bilan 2001

[13] Etude de l'INRP (centre Alain Savary) de novembre 2000, effectuée à la demande du ministère de l'Education nationale et de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse.

[14] Etude de l'ENRP précitée.

déscolarisation revenu à hauteur de 22% à la fin de l'année scolaire en classe normale, les acteurs de cette action estiment le résultat très positif compte tenu de perspectives très sombres à l'entrée (80% en voie de déscolarisation et 20% totalement déscolarisés).

4.1.4 Des initiatives nouvelles visant la lutte contre la désocialisation sont lancées.

Elles s'inscrivent nettement dans l'objectif de lutte contre l'exclusion mais ne peuvent être évaluées dans leurs résultats.

➢ La préoccupation de **former des professionnels** à la prise en charge de publics difficiles s'est traduit par la mise en place depuis 2002 d'un diplôme universitaire interprofessionnel « adolescents difficiles » en commun entre les ministères de l'éducation nationale, de la justice et des affaires sociales. 120 professionnels sont engagés dans cette formation.

➢ Les cellules de **veille éducative**, inscrites dans les projet éducatifs locaux, ont vocation à organiser une continuité éducative destinée aux jeunes en échec scolaire ou qui quittent le système scolaire sans diplôme ni qualification. L'Etat peut accorder une subvention aux communes s'engageant dans cette démarche pour embaucher un coordonnateur et monter leur projet où la mise en réseau des acteurs principaux est essentielle. En 2002, on compte plus de 30 villes ayant déclaré leur intention de créer de telles cellules.

➢ **La lutte contre la déscolarisation** avec l'opération **« perdus de vue** »

Le grave problème des élèves ne fréquentant plus les établissements n'a été que récemment mis en évidence et l'action du ministère de la Jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche ne peut donner lieu à bilan sur ce sujet. L'appel à projets sur la recherche des processus de déscolarisation de 2000 note que *« des indicateurs statistiques semblent montrer une croissance depuis quelques années, des sorties du système scolaire avant la fin de la scolarité obligatoire* ». Elle s'attache donc d'abord à mieux connaître le phénomène. Il convient en effet de rechercher les lieux où peuvent être touchées les populations concernées puisqu'elles ne sont pas recensées.

Quelques indications sur la nature et l'ampleur du problème découlent de ces études et recherches. Cependant le travail sur les six sites pilotes choisis permet seulement de dresser une typologie des jeunes concernés[15] (« perdu de vue »), de connaître les solutions mises en œuvre, et de fixer les conditions d'une action efficace : pilotage académique fort, partenariat renforcé avec les autres institutions et administrations (Conseil général, PJJ, DDASS, sous préfet ville…), et enfin de repérer les difficultés à résoudre (obstacles réglementaires, insuffisances de moyens, multiplicité voire opposition des objectifs des intervenants…).

[15] Jeunes nouvellement arrivés de l'étranger et en situation irrégulière, enfants du voyage, élèves poly-exclus après décisions de conseils de discipline, orientations considérées comme inadéquates, élèves se sentant en danger, jeunes délinquants en grande rupture sociale.

4.2 Plusieurs instruments ont encore des effets insuffisants par rapport aux ambitions de la loi

4.2.1 Les aides à la scolarité connaissent une stagnation.

Les bourses des collèges, recréées par la loi de 1998 bénéficient aux élèves des familles les plus démunies. Leur taux et le barème des ressources ont été revalorisés chaque année. Elles viennent compléter un ensemble d'aides préexistantes : au niveau des collèges, la prime d'internat pour le collégien boursier, le fonds social collégien et le fonds social pour les cantines et, au niveau des lycées, le fonds social lycéen et la prime à l'internat pour les boursiers internes.

	1998/99	1999/2000	2000/2001	2001/2002
Bourses des collèges				
Dotation annuelle	nd	949 MF	999 MF	964 MF 146 948 M€
Nombre de boursiers	757 231	780 397	789 726	
% des élèves	22,69%	23,24%	23,6%	
Bourses des lycées				
Dotation annuelle	2 715,1 MF	2 759,2 MF		
Nombre de boursiers	632 774	620 055		574 358
% d'élèves	27,02%	26,86%		25,36%

Source : ministère de l'Education nationale ; rapport 2000 et documents préparatoires à la loi de finances pour 2003

Le total des aides inscrites au budget de l'Etat est en progression de 3,12% sur la période 1999/2003 du fait de l'accroissement des dépenses de transports scolaires et des frais d'internat et de demi-pension. Cependant les fonds sociaux et les bourses connaissent une évolution négative.

	1999	2000	2001	PLF 2002	PLF 2003 (prévision)	% 1999/2003
Bourses et fonds sociaux	4 166,5 MF	4 216,5 MF	4 253,8 MF	645,34 M€ 4 114,1 MF	622,2 M€ 4081,3 MF	-2%

Source :Ministère de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche (préparation de la loi de finances pour 2003)

La multiplicité des sources d'aide pour les mêmes familles est signalée par les services sociaux des établissements comme une difficulté car elles nécessitent la constitution de dossiers successifs. En outre, elles représentent une gestion importante pour les établissements et la consultation de commissions différentes.

4.2.2 Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) mobilisent encore difficilement les acteurs

Les études existantes[16] montrent que les progrès sont réels dans les premières années et répondent aux objectifs posés par la loi mais les données récentes manquent. Elles relèvent ainsi que :

[16] sources rapport Baeumler (député du Haut-Rhin) et rapport de la DESCO sur 2000/2001)

- le nombre d'établissements dotés est passé de 47% en 98/99 à 67,5% en 2000/2001 ; progression d'abord constatée dans les collèges (de 54,95% à 68,11%) ;

- les thèmes abordés sont bien les plus importants pour la vie de l'établissement et la prévention des marginalisations : éducation citoyenne, prévention des dépendances, conduites à risque et violence ;

- le lien est établi avec les disciplines enseignées en ce qui concerne l'éducation à la santé et la citoyenneté ;

- un début de travail en réseau avec d'autres établissements et un peu avec les écoles a débuté ;

- le partenariat avec les services déconcentrés de l'Etat et les associations s'est développé.

Cependant le tableau apparaît nuancé du fait :

- des grandes disparités entre académies (de 37,5% à 100% des établissements s'y sont engagés) ;

- l'impact sur la vie des établissements se mesure plus à l'amélioration du climat (mentionnée dans 19 académies) qu'au regard de l'absentéisme, de la violence et des conduites à risque et des consommations de produits psychoactifs ;

- l'information est restée embryonnaire. Une plaquette[17] destinée aux seuls lycéens majeurs des LEP a été diffusée, alors que ce type d'information mérite d'être répandue (elle insiste essentiellement sur les droits et évoque peu les devoirs du citoyen)

- les difficultés et obstacles repérés : faible mobilisation des acteurs, participation insuffisante, manque de motivation des adultes et passivité des élèves (consommateurs) font craindre l'essoufflement de telles initiatives.

4.2.3 Le développement de l'internat scolaire est encore à l'état de projet

L'internat scolaire est souvent cité comme un moyen de correction des inégalités ou une solution de rattrapage pour des jeunes menacés de rupture scolaire. Plusieurs études du ministère de l'Education nationale témoignent d'une réflexion avancée sur le sujet. Généralement situés en province où ils répondaient au problème de l'éloignement des établissements et sous occupés (de 40 à 50%), ils n'offrent pas la solution alternative ou préventive des échecs des élèves en milieu urbain. Leur développement suppose des moyens financiers et l'apport des collectivités territoriales, la rénovation de la conception même de l'internat, une information des parents et l'inscription de la décision concernant l'élève dans un projet clair pour celui-ci.

Il s'agit donc encore d'un début de politique faisant l'objet de moyens nouveaux (un fonds d'aide à la création et à la rénovation a permis de subventionner une quinzaine de projets en 2002) dont les résultats ne seront constatés qu'à moyen terme.

4.3 La lutte contre l'illettrisme continue de se réorganiser.

La lutte contre l'illettrisme a été déclarée priorité nationale dans la loi. Elle est le fait d'une multiplicité d'acteurs, et en premier lieu «*…le service public de l'éducation ainsi que par les personnes publiques et privées qui assurent une mission de formation*

[17] Au XXIème siècle, qu'est-ce qu'être majeur ? (être un-e citoyen-ne responsable et autonome)

ou d'action sociale ». La loi place également les actions de lutte contre l'illettrisme dans le cadre de l'éducation permanente en vertu de l'article L.900-2 du code du travail.

4.3.1 Une volonté d'organiser et de coordonner l'action a été mise en œuvre.

Depuis l'intervention de la loi, une réorganisation institutionnelle a été entreprise. La création de l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI) sous statut de GIP en constitue le pivot et est venue concrétiser la volonté de donner corps à cette priorité en associant des ministères, des collectivités territoriales, des organismes publics et privés (ANPE, AFPA), des FAF et une entreprise. Elle a été réellement mise en état de fonctionner à partir de 2001. Son conseil d'administration s'appuie sur un large comité consultatif regroupant des organisations professionnelles, syndicales et consulaires, des organisations familiales, des associations et groupement ayant la lutte contre l'illettrisme dans leur objet. Elle est relayée localement par 26 chargés de mission placé auprès des SGAR.

Chacun des membres concourant au fonctionnement de l'agence, garde ses moyens propres d'intervention.

4.3.2 L'effort financier de l'Etat s'est accru.

L'effort d'organisation s'est accompagné depuis la loi de 1998 d'un effort financier significatif en ce qui concerne les crédits que l'Etat identifie explicitement pour l'objectif de lutte contre l'illettrisme.

Depuis 1997 les crédits de l'Etat, inscrits au budget du ministère de l'emploi et de la solidarité au chapitre 43-70 article 53 au paragraphe 30 « illettrisme » sont passés de 3,6 M € à 11,2 M €. Les dépenses correspondantes ont connu une progression parallèle. Le tableau ci dessous retrace cette évolution.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 au 30/09/02
Crédits inscrits en €	3 658 776	4 541 456	7 340 000	10 290 000	8 940 800 +1 520 000*	9 703 000 +1 520 000*
Crédits utilisés en €	4 775 868	5 388 341	6 879 861	8 866 763	7 954 945 +1 760 000*	891 993 +1256000*

* crédits inscrits à l'article 59 pour les CPER au titre de la lutte contre l'illettrisme

Le nombre de personnes bénéficiant des formations financées dans les programmes IRILL (Insertion, réinsertion, lutte contre l'illettrisme) a progressé de 18 700 en 2000 à 19 500 en 2001[18].

4.3.3 Néanmoins, les résultats de ces changements ne peuvent encore être appréciés.

La mission n'a pas eu connaissance d'une évaluation de l'ensemble des actions menées par les différents acteurs ces dernières années du fait de l'arrêt de fonctionnement du GPLI et de la mise en place de l'ANLCI qui s'est essentiellement

[18] Source : DGEFP

consacrée à rassembler, à sensibiliser et impliquer les acteurs de réseaux d'une grande complexité. La question de la coordination et de la connaissance du phénomène déjà relevée dans le rapport de 2000 est toujours d'actualité et au centre des préoccupations de l'agence. Son action entre maintenant dans la phase de réalisation puisque le premier plan national d'action concertée a été arrêté le 5 mars 2002. Il s'articule en quatre axes :

- mieux piloter la lutte contre l'illettrisme en renforçant les partenariats ;
- améliorer les services rendus et renforcer la prévention ;
- partager les ressources et les compétences, mieux communiquer sur l'illettrisme ;
- savoir combien de personnes sont en situation d'illettrisme et évaluer l'impact des actions.

4.3.4 L'Education nationale mène des actions multiples mais encore difficiles à évaluer.

S'il est difficile de dresser un bilan d'actions très dispersées et intervenant souvent dans une optique de prévention, il convient de s'interroger sur l'action du ministère chargé de l'éducation, acteur essentiel cité par la loi.

Si une approche nouvelle de la lutte contre l'illettrisme vient d'être présentée par le ministère de la jeunesse de l'éducation et de la recherche en octobre 2002, ce ministère dispose depuis plusieurs années d'un ensemble de moyens concourant à cet objectif. Des dispositifs divers, intégrés dans les classes elles-mêmes ou spécialisés, sont destinés à repérer les jeunes connaissant des difficultés particulières et risquant de déboucher sur des situations d'illettrisme. Des actions et mesures existent au niveau de l'école primaire, sous forme d'évaluations, de réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté. Au niveau des collèges, le repérage des difficultés persistantes, les SEGPA, les dispositifs de l'éducation prioritaire, de « l'école ouverte », les dispositifs relais ainsi qu'une mission générale d'appui aux opérateurs intervenant dans le champ de l'illettrisme par exemple, sont autant d'actions inscrivant ce ministère dans sa vocation de prévention de l'illettrisme adulte.

Le plan d'action nouveau utilise ces moyens mais affiche nettement une identification du problème au sein même de l'institution éducative.

4.3.5 La connaissance de l'illettrisme des jeunes s'est affinée et des processus de traitement sont mis en œuvre.

Au regard de l'ampleur du problème touchant les jeunes, la connaissance autrefois limitée aux public masculin appelé au contingent est désormais étendue à l'ensemble de la population.

Les observations faites à l'occasion de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) concourent à cette meilleure connaissance du problème.

Le dispositif mis en place pour permettre aux jeunes repérés en difficulté avec la lecture d'accéder à des solutions adaptées à leurs problèmes est de plus en plus utilisé. L'organisation mise en place permet aux jeunes qui l'acceptent d'être signalés aux missions locales s'ils sont déjà sortis du système scolaire ou à l'inspection académique

s'ils sont scolarisés. Les données[19] portant sur deux périodes (2001 comparée à la période 1998-2000) montrent d'une part, que davantage de jeunes se présentent et d'autre part, qu'ils donnent plus souvent suite aux offres de suivi qui leurs sont offertes. Il ressort en effet que 3,7% des jeunes ont de grandes difficultés face à l'écrit et que 47,7% d'entre eux ont accepté de recevoir une aide. Précédemment, ces proportions étaient de 4% par an en moyenne recensés en difficulté sur lesquels 34% seulement souhaitaient être signalés.

Pour les deux filières, l'augmentation est inverse, la part des signalements de scolaires étant en croissance de 55% à 59% tandis que celle des jeunes non scolarisés diminue de 45% à 41%. Il s'avère en outre que près du quart des jeunes ainsi détectés étaient déjà dans des formations pour élèves présentant de grandes difficultés d'apprentissage. L'amélioration de l'utilisation des procédures de repérage et de contact antérieures devraient permettre de limiter les risques d'illettrisme à la sortie du système éducatif.

[19] Chiffres de la direction du service national et enquête d'avril 2002 auprès des directeurs départementaux des services de l'éducation nationale.

Chapitre 5 l'accès à des moyens d'existence suffisants

Les situations de pauvreté se mesurent notamment par le manque de ressources. Le seuil de pauvreté habituellement retenu est la notion relative de seuil monétaire adoptée au niveau européen[20]. Sur ce critère, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale constate la baisse du taux de pauvreté monétaire relatif entre 1997 et 2001, passant de 11% à 9,7%[21]. De même on note que les effectifs de bénéficiaires du RMI ont cessé de croître à partir de 2000 jusqu'au premier semestre 2002.

Afin d'améliorer les procédures d'accès ou de maintien aux moyens d'existence, la loi fixe les orientations suivantes :

- aménager la procédure de traitement du surendettement, notamment en tenant compte des situations d'insolvabilité totale, en garantissant un revenu disponible et en réduisant les tarifs des huissiers au bénéfice des personnes surendettées ;
- améliorer le niveau des ressources des personnes à faible revenu en élargissant le champ des prestations insaisissables et en encourageant le cumul d'activités et de minima sociaux.

Le rapport produit en 2000 par l'IGAS faisait apparaître que les procédure de traitement du surendettement nécessitaient un effort d'information et de partenariat pour entraîner de réels effets. Il notait une application peu satisfaisante de l'insaisissabilité et des réticences à la mise en place du droit au compte. En outre, les effets de la possibilité de cumul entre les revenus d'activité et les minima sociaux restaient limités.

5.1 Le traitement du surendettement s'est amélioré mais la prévention reste un sujet de préoccupation

Une enquête qualitative de la Banque de France menée en 2001 à la demande du ministère des finances sur un large échantillon de dossiers présentés en commissions de surendettement (14 600 dossiers analysés) donne des indications actuelles sur le profil des ménages surendettés, la nature de l'endettement et sur le fonctionnement des commissions.

5.1.1 Les populations surendettées et la nature de l'endettement évoluent peu

La population recourant aux procédures d'aide n'augmente pas significativement et reste inférieure à un million de personnes. On note une forte proportion de populations fragiles, personnes vivant seules (58% contre 30% en 1990), familles monoparentales et ménages à faibles revenus (72% contre 60% en 1990).

Les causes du surendettement sont de plus en plus les accidents de la vie (« endettement passif ») comme le chômage, les séparations, divorces…Le recours au

[20] Le seuil retenu correspond à 50% du revenu médians.
[21] Source : INSEE enquêtes PCV (santé, logement et endettement des ménages)

crédit figure dans presque tous les dossiers mais n'en est pas la première cause. L'endettement est donc mixte, les dettes bancaires étant prépondérantes car les ménages privilégient le paiement des charges courantes, loyer, électricité, téléphone….

A cet égard, en ce qui concerne les dettes dues au crédit et particulièrement au crédit à la consommation, il est particulièrement noté l'effet des crédits renouvelables qui peuvent constituer une « soupape de sécurité » pour l'usager mais comportent de sérieux risques d'installation dans des situations de plus en plus lourdes. 80% des dossiers comportaient ce type de crédits (en moyenne quatre par dossier) souvent associés à des prêts personnels. Une action préventive touchant particulièrement les pratiques des professionnels dans la publicité, l'octroi de crédits et le recouvrement est donc recommandé par le comité consultatif.

Le collectif d'associations « Alerte » affirme que l'application de ce point de la loi est faible et dénonce les «*stratégies de plus en plus agressives des organismes de crédit à la consommation ».*

5.1.2 Le fonctionnement des commissions de surendettement est perfectible.

Le surendettement des populations en difficulté dont le traitement a été amélioré par la loi de 1998 restait préoccupant lors de l'évaluation de 2000. Les dispositions de la loi restaient encore insuffisamment connues.

Bien que les associations participant au comité consultatif estiment que les commissions pourraient mieux utiliser toutes les possibilités offertes par la loi de 1998, l'enquête met en évidence que les moyens nouveaux ouverts par la loi de 1998 ont été largement mis en application. Le rapport du comité consultatif 2001-2002 relève notamment que la vérification des créances par le juge, l'examen des conditions de conclusion des contrats, l'audition des débiteurs sont des possibilités inégalement et imparfaitement utilisées.

Ainsi, le « reste à vivre » dont le minimum est fixé par la loi à 1,5 RMI, est très généralement déterminé au dessus de ce montant, s'établissant entre 5000 et 10 000 F. Les moratoires sont prononcés dans 30% des cas. Les recommandations créées par la loi et qui deviennent obligatoires sur décision du juge ont été mises en pratique notamment en ce qui concerne les réductions de taux : inférieur au taux légal dans 98% des cas et réduit à zéro dans 67% des dossiers. Les recommandations extraordinaires qui peuvent déboucher sur l'effacement des créances représentent 38% des recommandations.

Le rapport note le réalisme des solutions apportées par les commissions puisque seuls 9% des dossiers redéposés[22] le sont suite à un échec du plan. Toutefois, le taux de « redépôts » de 30% peut conduire à s'interroger sur le besoin d'accompagnement des personnes pour éviter le renouvellement de telles situations.

A la suite de ces constats, le 22 février 2002, une circulaire aux préfets restitue les conclusions de l'enquête et fait des recommandations aux commissions, notamment sur la nécessité de tenir compte de la situation des familles pour fixer le « reste à vivre », le besoin d'organisation de l'accompagnement en liaison avec les CASU,

[22] 30% des dossiers examinés sont des redépôts.

l'audition des personnes en sous-commission, la saisine des juges pour vérifier la validité des créances et appelle l'attention sur les situations d'insolvabilité pouvant justifier l'utilisation des moratoires courts et l'effacement des créances.

5.2 L'amélioration des conditions de vie dépend tout autant de l'accès aux prestations sociales que de leur continuité.

5.2.1 Les transferts sociaux jouent un rôle important dans la réduction de la pauvreté.

Les études montrent que les transferts sociaux réduisent fortement la pauvreté à la fois par leur ampleur et par la combinaison entre les prestations universelles et les transferts ciblés. Les prestations familiales notamment protègent relativement bien contre la pauvreté même si ce n'est pas leur finalité. Il est d'autant plus important de limiter les conséquences des incidents qui viennent compromettre la continuité de telles ressources.

5.2.2 Un effort a été accompli pour maintenir la continuité des ressources.

Les CAF sont particulièrement concernées par ce facteur d'insertion et, a contrario par le risque de désinsertion que comporte les incidents de paiement des prestations et l'amélioration de leurs pratiques est particulièrement suivie.

La convention d'objectifs et de gestion passée entre l'Etat et la CNAF pour la période 2001-2004 comporte à cet égard un certains nombre d'objectifs accompagnés d'indicateurs mesurant les progrès dans le domaine:

- des délais de versement ;
- de la continuité des prestations ;
- de la régularité des paiements ;
- du traitement des indus, particulièrement au regard de la situation de l'allocataire.

Sur ces points, le bilan de la convention pour 2001 constate que :

- le délai de traitement des dossiers en moins de 10 jours pour les minima sociaux se traduit par une priorité donnée à ces dossiers dans de nombreuses caisses ;
- la continuité des versements est assurée par la pratique de l'anticipation des fins de droits avant l'échéance. 60% des caisses le font pour l'API, l'AAH et les droits vieillesse. En outre, les ruptures de versement des prestations versées sous condition de production de justification de ressources sont limitées par les relances effectuées par lettre, téléphone voire visites au domicile de l'allocataire. Ceci est renforcé par l'application de la procédure dite « Oheix » qui permet le maintien du RMI au delà de juin en l'absence du justificatif pour les bas revenus. 85 caisses usent de cette possibilité.
- en ce qui concerne le traitement des indus, une étude de la CNAF montre que plus l'allocataire est dans une situation précaire, plus le nombre et le montant des indus sont importants. A ceci s'ajoute en général une forte probabilité d'autres dettes. Une attention particulière à ces population doit donc être apportée. La CNAF souhaite à cet

égard mettre en application une extension au RMI du recouvrement personnalisé des indus.

On note également que se généralise l'accueil conjoint des allocataires par des professionnels de l'action sociale et des prestations (83% des organismes). Ceci permet notamment de vérifier que l'allocataire bénéficie effectivement de tous ses droits, pratique qui devrait être la règle à chaque contact.

En revanche, la demande récurrente des associations de paiement des prestations sur droits supposés reste non satisfaite. Les caisses, toutefois, pratiquent les acomptes et avances et ces derniers ont augmenté de 47% en 2001 en ce qui concerne le RMI.

5.2.3 *L'effet des possibilités de cumul d'un revenu d'activité et d'un minimum social semble avoir atteint un palier.*

Les mesures relatives au cumul d'un revenu d'activité avec les minima sociaux qui ont pour objectif de faciliter le retour à l'emploi des bénéficiaires de ces prestations étaient, lors de la première évaluation, considérées d'une application complexe limitant l'attractivité du dispositif.

Les dispositions successives intervenues après la loi de lutte contre les exclusions, (réforme du régime de la taxe d'habitation en 2000, prime à l'emploi en 2001, prolongement de la durée de cumul de trois mois à six mois en 2001) ont apporté des améliorations destinées à rendre plus attractive financièrement la reprise d'activité, y compris à temps partiel. L'ensemble actuel des mesures constitue cependant une mise en cohérence des incitations financières, en rendant notamment plus avantageuse la reprise d'un emploi à temps plein plutôt qu'à temps partiel et en estompant les ruptures de niveaux de ressources.

Les chiffres recueillis par la mission ne traduisent toutefois pas cette évolution à travers le nombre de bénéficiaires et le taux d'utilisation de la possibilité de cumul tant pour ce qui concerne les bénéficiaires de l'ASS que du RMI. Les données concernant l'API ne sont pas disponibles de façon fiable, la CNAF estimant cependant, à partir de données fragmentaires, que 5% environ des allocataires en bénéficient.

Pour l'ASS, les chiffres de 1998 à 2001, montrent à la fois une baisse régulière des personnes intéressées depuis 1999 et, corrélativement, une baisse sensible du taux d'activités réduites. L'interprétation doit en être prudente compte tenu de la baisse parallèle du nombre des personnes indemnisées sous ce régime.

	Déc 98	Juin99	Déc 99	Juin 2000	Déc 2000	Juin 01	Déc 01
Nombre de bénéficiaires en « cumul » en fin de mois	90 800	107 000	93 608	94 507	83 780	77 349	66 701
total en ASS	482 027	485 200	470 800	446 135	425 331	404 900	391 000
Taux d'activité réduites	18,3%	21,1%	19%	20%	18,6%	18,2%	16,3%

Source UNEDIC

Pour le RMI, le taux d'utilisation du cumul connaît peu d'évolution depuis 1998.

	Juin 98	Déc 98	Juin 99	Déc 99	Juin 00	Déc 00	Juin 01	Déc01	Juin 02
Métropole	12,2	12,3	13,4	14,1	12,8	13,5	13,8	12,2	13,6
DOM	6	7,2	5,6	6,8	4,2	5,2	5,7	6,8	8,3

Source : CNAF

Une analyse de cas types de bénéficiaires du RMI de l'ASS et de l'API montre l'intérêt accru de ces nouvelles dispositions combinées. Néanmoins, la complexité des règles ne permettent vraisemblablement pas aux allocataires d'anticiper les avantages comparés des situations dans le temps et en fonction des gains immédiats et futurs. Au demeurant, les enquêtes auprès des bénéficiaires montrent que la motivation financière d'une reprise d'emploi est largement complétée par les conséquences sur le statut social et l'effet d'accélérateur d'insertion qu'elle représente.

5.2.4 La mise en application des dispositions nouvelles sur l'insaisissabilité devra être particulièrement suivie.

L'application de l'insaisissabilité des allocations étendue du RMI à l'ASS et à l'AI par le loi se 1998 qui a également restreint la part des allocations familiales pouvant être saisie, faisait l'objet en 2000 d'une appréciation très critique. Des saisies illégales étaient signalées par les associations ou les commissions de surendettement. La mission n'a pas connaissance de l'évolution de ce problème qui mériterait une observation spécifique.

Il est noté néanmoins que la préoccupation du maintien d'un minimum alimentaire qui étend l'insaisissabilité au delà des seules allocations de nature sociale, s'est concrétisée le 11 septembre 2002 dans un décret du ministre de la justice qui instaure le « solde bancaire insaisissable ». Ce texte devient applicable le 11 décembre 2002. Les difficultés provenant, dans le régime antérieur, de l'identification, dans les comptes bancaires, des revenus issus des prestations, se trouve partiellement dépassées. Néanmoins les associations demandent que la réflexion continue sur le « codage » des prestations par les organismes sociaux.

Aux termes de ce texte, toute personne faisant l'objet d'une saisie sur compte bancaire a droit au maintien d'un solde au plus égal au montant du RMI ou, à défaut, du solde créditeur de son compte. Il s'agit d'une mise à disposition immédiate qui intervient sur demande du titulaire du compte.

Les associations dénoncent d'ores et déjà les difficultés d'exercice de ce droit car le texte impose une démarche volontaire de l'intéressé auprès de sa banque dans un délai court : (15 jours). Ce délai est considéré comme inadapté compte tenu des relations difficiles et inégalitaires entre la personne saisie et sa banque.

Les documents d'information des publics concernés et des associations qui les aident ainsi que les instructions qui seront données aux opérateurs devront être particulièrement adaptés à ces caractéristiques.

5.2.5 L'application du droit au compte inscrit dans la loi monte en charge

Le texte d'application de l'article 137 de la loi, codifié dans le code monétaire en L 312-1 n'a connu sa traduction réglementaire que le 17 janvier 2001 par le décret N° 2001-45. Ce texte précise les contenu de ce service bancaire de base et les obligations des établissements bancaires désignés par la Banque de France.

Les chiffres communiqués à la mission par la Banque de France montrent une utilisation croissante de ce droit.

	1999	2000	2001
Invitations à réouverture de compte	631	1317	1178
Désignation d'établissement, droit au compte	6368	8525	10955
Total	6999	9842	12133

Source : Banque de France

5.3 Le cas particulier des moyens d'existence des jeunes mérite une attention spécifique.

Le problème des ressources des jeunes mérite une attention particulière et est régulièrement évoqué. Ne bénéficiant pas des mêmes accès aux minima sociaux, ils présentent des risques de marginalisation spécifiques, leur insertion pouvant se trouver compromise faute de continuité dans leurs moyens de subsistance.

L'étude de la FNARS de 2002 sur « détresses et ruptures sociales » indique que les jeunes de 18-24 ans constituent 25% des personnes à la rue soit une sur-représentation par rapport à leur proportion dans la population adulte (15%).

5.3.1 Les FAJ n'ont pas satisfait ce besoin.

La solvabilisation des jeunes en difficulté passe par un instrument essentiel : le Fonds d'aide aux jeunes (FAJ), existant depuis 1989 mais dont l'accès a été élargi par la loi de 1998, auquel s'est ajouté depuis 2002 la Bourse d'accès à l'emploi (BAE).

L'observation des bénéficiaires des FAJ donne une image des jeunes en difficulté d'insertion. On constate une augmentation du ombre de demandes (160 000 en 2000 et 170 000 en 2001) et, parallèlement, une augmentation des bénéficiaires : 107 000 jeunes aides en 2001 contre 104 000 en 2000). Le profil du public évolue peu : plutôt féminin (53%), peu diplômé (cinq sur neuf sont sans qualification), et à 22% engagés dans un parcours TRACE.

Le montant unitaire des allocations (environ 228€) et le fait que la moitié des aides sont demandées pour faire face à un problème de subsistance, notamment pour les jeunes hommes et que 15% soient logés de façon précaire peut être un indicateur de la situation préoccupante de ces jeunes. Les analyses de la pauvreté monétaire des jeunes issues de l'enquête annuelle de l'INSEE-DGI sur les revenus fiscaux complètent ces constats.

Dans un rapport de février 2001 sur les Fonds d'aide aux jeunes, l'IGAS constatait une sous-consommation des crédits et mentionnait les difficultés de ressources des jeunes entrés dans un parcours d'insertion. Elle recommandait une plus large ouverture du fonds aux jeunes en difficulté. A ce titre elle formulait le vœu d'un élargissement de leur public au delà de la priorité accordée aux bénéficiaires du programme « TRACE ». Elle préconisait un allongement des délais et une augmentation des aides assortis d'un suivi régulier du jeune en phase d'insertion par un référent.

5.3.2 La bourse d'accès à l'emploi (BAE) est une tentative pour combler les lacunes des FAJ

La BAE a été crée par la loi de finances pour 2002 à titre expérimental pour pallier les disparités d'utilisation du FAJ qui n'a pas rempli sa fonction de sécurisation suffisante. Elle accompagnait la relance et le recentrage du programme TRACE et en constituait un « argument de vente » pour convaincre le jeune « d'entrer en TRACE ». Elle suppose un renforcement du partenariat pour la construction du parcours du jeune.

Droit conditionnel, subordonné à l'effectivité de l'engagement du jeune dans le parcours, elle est attribuée par un comité local qui se base non sur les ressources du jeune mais sur l'évaluation de son engagement. Le droit est ouvert pour 6 mois, sur la base du calcul fait par la mission locale en fonction des périodes où le jeune est sans autre revenu. Le maximum est fixé à 900 € par semestre ou 300 € par mois. Les prestations sont versées par le CNASEA.

A la mi-année 2002 : 15% des jeunes engagés dans TRACE en bénéficiaient et, depuis le début du dispositif, 31 000 « primo bénéficiaires », y sont entrés. 12 402 dossiers étaient réglés fin juillet.

Sur les 75,33 M€ ouverts en loi de finances, 15,37 M€ étaient consommés à la mi-année.

Les premières appréciations portées par la DIIJ concernent la complexité du système, trop différent de la démarche habituelle, et sur la crainte des acteurs d'être jugés en même temps que les jeunes sur leur engagement dans la démarche d'insertion. On ne dispose pas d'une véritable évaluation. Une telle évaluation serait utile avant l'arrêt prévu en fin d'année de ce dispositif.

Chapitre 6 La veille sociale et la réponse à l'urgence sociale

Un ensemble de dispositifs visant à organiser une « veille sociale » localement concourent à répondre aux situations d'urgence. Certains d'entre eux préexistaient et ont été précisés par la loi. Les principales structures ou instances entrant dans ce cadre sont les suivantes :

- le schéma d'accueil, d'hébergement et d'insertion intégrant le potentiel de places d'hébergement et d'accueil d'urgence des centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) ;
- les commissions d'aide sociale d'urgence (CASU) dont la loi a confirmé l'existence et les missions ;
- les dispositifs mobiles (SAMU sociaux, équipes mobiles) ;
- l'organisation de la coordination des moyens existants par la généralisation du numéro unique d'urgence (N° 115) sur tout le territoire.

6.1 Le N° d'appel 115, qui constitue un dispositif efficace présente encore des lacunes.

L'article 157 de la loi arrête l'organisation d'un dispositif de veille départemental fonctionnant de manière permanente (sous la responsabilité du préfet), chargé d'informer et d'orienter les usagers en urgence. A cet effet, un état des capacités d'accueil départementales est régulièrement tenu à jour.

Déjà la précédente évaluation de la loi avait relevé la nécessité de renforcer le dispositif en assurant sa professionnalisation, en augmentant le nombre des services d'accueil et d'orientation.

Les services « 115 » s'appuient sur des organismes ou structures variées (par exemple, le point d'écoute peut se situer dans une gendarmerie). Ils font appel à des intervenants de nature différente qui sont souvent des bénévoles.

En 2000, l'IGAS mentionnait le fait que les services d'accueil téléphonique ne fonctionnaient pas en permanence et transféraient les appels sur des répondeurs à partir de 23 heures. Cette pratique persiste dans huit départements et, dans cinq autres, il ne fonctionne pas tous les jours.

Dans le cadre d'une synthèse des schémas départementaux d'accueil et d'insertion, la DGAS souligne, parmi les difficultés rencontrées par ce dispositif :

- la réception de nombreux appels polluants qui représentent 80 à 90% des communications et gênent considérablement le service ;
- un manque de coordination entre les services ;
- des orientations inadaptées ;
- une méconnaissance de la part des écoutants du potentiel réel disponible des places d'accueil.

6.2 Les équipes mobiles ne couvrent pas encore les besoins du territoire.

Le dernier recensement effectué par la DGAS, pendant l'été 2002, sous forme d'enquête déclarative renseignée par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, enregistre l'existence de 56 « SAMU sociaux » et équipes mobiles sur l'ensemble du territoire.

Cette répartition est inégale suivant les régions (des départements *a priori* comportant des populations fragilisées ne semblent pas couverts), et lorsque ces équipes mobiles existent, rares sont celles qui couvrent intégralement un département.

La configuration des SAMU sociaux ou équipes mobiles est variable selon les lieux où ils sont implantés.

Dans les secteurs comprenant de très grosses agglomérations, il existe une infrastructure suffisante en termes de ressources humaines et de moyens de transport.

Dans les villes moyennes exercent plutôt des équipes mobiles qui interviennent lorsqu'elles ont des salariés[23] en mobilisant un binôme infirmier/travailleur social.

Il convient de souligner l'importance du concours de la Croix Rouge dans l'implantation de ces structures, concours tributaire du potentiel humain qu'elle a pu dégager.

Les capacités d'intervention des équipes sont diverses selon les territoires, certaines d'entre elles, majoritairement composées de bénévoles ne peuvent assurer que quelques « tournées » dans la semaine.

Dans ce contexte, la mission estime qu'un complément d'investigation est nécessaire sur ce sujet, en tenant compte des besoins des personnes en difficulté et de la diversité de l'expression de ces besoins.

6.3 Le fonctionnement des CASU et leur niveau d'efficacité sont hétérogènes

Outre un recueil d'initiatives observées dans divers départements[24] ; la mission n'a pas eu connaissance de bilans actualisés du fonctionnement des CASU, des conditions de leur réussite ou de leurs limites.

En l'absence de bilan exhaustif des CASU réalisé depuis 2000, la DGAS estime que la tendance serait à l'essoufflement de la dynamique initiale. Les CASU ont permis de regrouper l'information sur la nature des aides disponibles. Des formulaires uniques de demande d'aide existent dans 85 département sans que l'on puisse pour autant attester de leur utilisation et de leur actualisation. Une vingtaine de départements ont mis en place des commissions locales d'instruction des demandes, mais cela ne

[23] En 2001, la DGAS recensait un nombre de 257 emplois équivalent temps plein affectés auprès des équipes mobiles.
[24] Etude par « Le frêne » réalisée à la demande de la DGAS en 2001 à partir d'un questionnaire aux DDASS.

concerne souvent qu'une partie des aides. Enfin, la mise en place de guichets polyvalents n'a été engagée que dans un nombre réduit de départements.

Aussi, compte tenu des différents objectifs de ces commissions, réponse aux besoins urgents des personnes et nécessité de coordonner les acteurs locaux de l'action sociale, est-il apparu utile d'approfondir ce sujet par des observations locales des organisations réussies, des obstacles aux partenariats indispensables à un bon fonctionnement.

En fait, au delà des premiers progrès constatés sur la coordination des aides, l'information des travailleurs sociaux et des publics, la question du devenir des CASU doit être réexaminée dans le cadre des modalités territoriales du pilotage de la lutte contre l'exclusion.

6.4 L'accueil des demandeurs d'asile pèse lourdement sur les CHRS.

Les CHRS ont vu leur mission et leur rôle d'institutions sociales reconnues à la fois dans la loi de lutte contre les exclusions et la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Un décret du 3 juillet 2001 a défini leurs conditions de fonctionnement et de financement. Avec ou sans hébergement, ils assurent l'accueil, le soutien et l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle des personnes et familles en détresse.

Depuis quelques années les capacités ont fortement progressé, essentiellement par transformation de places d'urgence. Depuis 1998, un programme pluriannuel a permis l'augmentation des capacités de 500 places par an. En 2002, le dispositif comprend 745 établissements, d'une capacité totale de 31 203 places[25] d'hébergement d'insertion. Pour l'hiver, la capacité est augmentée de places d'urgence et atteint 68 000. Sont par ailleurs recensés 251 accueils de jour. A ce nombre, il faut ajouter les capacités des centres d'accueil pour les demandeurs d'asile (CADA).

Toutefois, l'accueil des demandeurs d'asile pèse de plus en plus sur le dispositif. Malgré l'augmentation des capacités des CADA (1000 en 2000, 1500 en 2001), pour une capacité totale de 9136 places en 2002 qui sera portée à 11 000 en 2003, la situation est critique. Le nombre total des personnes titulaires d'une autorisation provisoire de séjour ou d'un récépissé de demande d'asile augmente fortement. Il était de 56 560 fin 2001. Or le nombre des demandes a quasiment triplé en trois ans. Cet écart conduit à une demande d'admissions accrue dans les CHRS de « droit commun ». Ceux-ci s'en trouvent engorgés, notamment sur les places d'urgence. Une enquête réalisée en 2000-2001 par l'OSC pour la FNARS, sur un échantillon de 1160 personnes aidées par les services d'accueil, d'hébergement et d'insertion, avait mis en évidence une proportion de plus de 20% d'étrangers (dont des demandeurs d'asile) dans le public pris en charge.

Les CHRS s'inscrivent naturellement dans les processus d'insertion des personnes et familles en difficulté. Au delà de la réponse à l'urgence qu'ils apportent, leur rôle d'intermédiaire en matière de logement et d'accès à l'emploi en fait un acteur essentiel des dispositifs d'ensemble d'accueil et de réinsertion qui doivent également

[25] Source « STATIS » actualisée. Par contre le tableau de bord actualisé de la DGAS recense 30 192 places.

inclure des formules diversifiées comme les résidences sociales ou les pensions de famille. Aussi, l'efficacité de leur action dépend-elle largement des partenariats et de la coordination instaurés localement et plus particulièrement en cohérence avec les schémas départementaux d'accueil et d'insertion[26].

La mission se propose d'approfondir ce sujet dans le cadre des observations qu'elle fera sur le pilotage et l'animation de la politique de lutte contre l'exclusion au plan local. Au demeurant, les critiques entendues par la mission sur la complexité des processus de concertation et de décision et le manque d'informations concrètes sur l'articulation de tels dispositifs, la conduisent à porter une attention particulière à ce domaine. Les observations et réflexion auxquelles elle sera amenée sur l'amélioration des procédures souhaitables doivent cependant s'inscrire dans le cadre du débat sur le niveau adéquat d'une décentralisation des compétences en la matière.

[26] Ces schémas n'existent que dans 43 départements.

Chapitre 7 le pilotage, l'animation et la coordination de la politique de lutte contre les exclusions

Au plan national, le pilotage, l'animation et la coordination de la LCE s'ordonne autour de trois institutions : CILE, CNLE et Observatoire et d'un dispositif administratif relevant « de facto » du ministère qui par l'intermédiaire de la DGAS est chargé de « veiller à la coordination des actions de prévention…. » Art. 3 du décret du 21/7/200.

Cette organisation a permis dans un premier temps une montée en puissance efficace de la mise en œuvre de la loi. Elle révèle néanmoins aujourd'hui des insuffisances et des manques déjà repérés, en prémisse, à l'occasion de la première évaluation de l 'application de la LCE effectuée par l'IGAS en 1999..

7.1 La loi a construit un niveau de pilotage national cohérent

7.1.1 L'organisation du niveau national donne sa cohérence au pilotage, à l'animation et à la coordination

- Au sommet, le **comité interministériel de lutte contre les exclusions** (CILE) présidé par le Premier ministre est chargé de « définir et coordonner la politique du gouvernement dans le domaine de la préventions des exclusions et de la lutte contre celles ci ». Il est composé des différents ministres concernés. Le CILE est assisté d'un comité permanent chargé de préparer ses travaux.

Le ministre en charge de la solidarité préside ce comité permanent qui veille aussi «à l'application des décisions prises et aux conditions de leur mise en œuvre par chacun des départements ministériels ».

- Deux instruments d'aide à la décision ont été institués ; l'un est tourné vers la réflexion : **le conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale** (CNLE), l'autre sur l'observation : **l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale**.

Le **CNLE**, placé auprès du Premier ministre, est à la fois un organe émettant des avis pour le compte du gouvernement dans le champ de l'exclusion, un organe de concertation « entre les pouvoirs publics et les associations, organisations et personnes qualifiées.. », un organe de consultation sur les textes législatifs et réglementaires que peut lui soumettre le Premier ministre. Il est enfin un lieu de propositions.

L'observatoire national procède ou fait procéder à des études dans le champ de la pauvreté et de l'exclusion à partir d'un programme annuel de travail dont l'élaboration tient compte *« des avis et recommandations formulés »* par le CNLE.

➢ Enfin, une direction du ministère de la solidarité, la direction générale de l'action sociale (DGAS) s'est vue confier une fonction d'appui et de logistique au comité permanent du CILE et au CNLE.

Au sein du département ministériel, la DGAS *« veille à la coordination des actions de prévention, de lutte contre les exclusions et d'insertion des personnes en situation de précarité »* et conçoit aussi des programmes spécifiques. Depuis la restructuration de la DGAS, intervenue à la mi-2000, une de ses sous-directions est particulièrement attachée à la « coordination des politiques interministérielles » et fait « *la synthèse des informations sur les actions locales, nationales et communautaires* ».

7.1.2 L'engagement de l'ensemble des acteurs institutionnels, des structures d'administration centrale et des opérateurs a facilité la montée en charge du dispositif.

7.1.2.1 Les acteurs inter-institutionnels se sont impliqués.

➢ Si le CILE ne s'est jamais réuni en formation plénière sous la présidence du Premier Ministre depuis deux ans, son comité permanent a poursuivi ses travaux en tenant quatre réunions entre septembre 2000 et octobre 2002.

Centrés principalement durant les deux années 2000 et 2001 sur l'état d'avancement de la préparation des deux plans européens de lutte contre les exclusions (PNAPES et PNAI) et des thématiques liées à l'actualité (mise en œuvre territoriale de la politique de lutte contre les exclusions, communication….), ces travaux ont privilégié en 2002 la préparation de la deuxième évaluation de la loi.

Le comité permanent a ainsi développé les grands objectifs qui pourraient être assignés à un tel exercice : mesure l'impact des dispositions prises au regard des droits fondamentaux, de l'efficacité de la coordination entre les acteurs territoriaux et de terrain ; et plus généralement procéder, suivant les termes de la DGAS, à « une analyse des dispositifs ou programmes permettant une approche globale et intégrée de la LCE, en liaison avec les départements ministériels concernés ».

Ces deux dernières années ont encore permis au comité permanent de pointer un certain nombre de difficultés récurrentes liées au pilotage et à la coordination territoriale des dispositifs et des actions, aux croisements de politiques transversales (LCE et ville) et à l'articulation de ces dernières avec des dispositifs particuliers (logement social).

Ses travaux l'ont aussi amené à évoquer la prise en compte des politiques de prévention de la pauvreté et de lutte contre les exclusions dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la loi de finances.

➢ Le CNLE a, depuis l'année 2000, poursuivi régulièrement ses travaux sous la présidence de M. Jean-claude Boulard, député. Entre le 1er Janvier 2000 et le 10 Avril 2002 il s'est réuni à vingt reprises, a rendu quatre avis et formulé deux propositions. Onze groupes de travail ont été constitués pour aborder des problématiques particulières (l'insertion par l'activité économique, les CHRS, les demandeurs d'asile, la préparation du second PNLE)…

A travers ses différentes contributions, le CNLE a sans conteste joué pleinement son rôle de conseil et d'initiateur sur des problématiques importantes avec un éclairage qui lui était propre. L'implication du milieu associatif a contribué aussi à enrichir les débats au sein de l'instance et permis de susciter des réflexions issues du terrain utiles aux travaux.

Cette dynamique interne au CNLE ne semble pas s'être néanmoins prolongée par une articulation de sa réflexion avec les travaux d'investigation de l'Observatoire. De fait, le programme de travail annuel de ce dernier n'a qu'imparfaitement résulté d'un dialogue constructif entre les deux instances.

➢ L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale a continué à *« développer une approche qualitative et dynamique de l'observation sociale, qui s'intéresse davantage aux processus d'exclusion qu'aux données brutes »*, selon les termes du premier rapport d'évaluation de l'IGAS. A ce titre, les travaux 2001-2002 ont approfondi le thème de la pauvreté abordé en 2000 selon une approche pluridimensionnelle : aspects conjoncturels, les représentations de la pauvreté et de l'exclusion, territoires, publics, santé, logement et bas salaires.

Ces travaux permettent, dans la continuité des années précédentes, d'apporter des éclairages significatifs sur l'appréhension du phénomène au regard des logiques de prévention et de traitement mises en œuvre à travers les politiques publiques.

En relation et dans le cadre d'une complémentarité mieux établie avec le CNLE, il serait souhaitable pour le futur que, compte tenu de l'aspect qualitatif des travaux de l'observatoire et de son approche multidimensionnelle de la pauvreté et de l'exclusion, celui-ci intègre dans ses études la dimension de l'évaluation afin d'enrichir l'aide à la décision publique.

*
* *

Plus généralement, si l'architecture de l'aide à la décision autour des trois instances (CILE, CNLE et observatoire) présente une cohérence certaine, la fonctionnalité de l'ensemble de ce dispositif pourrait être améliorée grâce à une meilleure articulation de leurs travaux et une appréhension plus forte de l'interactivité des préoccupations de chacune de ses composantes.

7.1.2.2 La DGAS joue un rôle moteur.

➢ Présente et active dans les différentes instances d'animation et de suivi de la loi à l'intérieur desquelles elle occupe des fonctions « stratégiques » (présidence du comité permanent pour le compte du ministre et secrétariat du CNLE), la DGAS, grâce a sa structuration, a su assumer sa mission interne au ministère de coordonnateur des actions de prévention, de lutte contre les exclusions et d'insertion des personnes en situation de précarité.

➢ Ce rôle a encore été facilité par l'institution d'un comité de pilotage « exclusion » (COPIL) où sont représentés les différentes structures d'administration centrale concernées par la loi (DGEFP, DGS, DAGPB, DAEI….) et les deux opérateurs majeurs (ANPE et AFPA).

Relais du comité permanent au sein du ministère, le COPIL, qui a été présidé par des membres des cabinets ou par la directrice générale de l'action sociale, constitue un dispositif pertinent d'atténuation des effets de cloisonnement entre les directions et, notamment entre les directions opérationnelles et les services en charge des études et de la statistique. On doit relever à cet égard une symbiose réelle entre les préoccupations de la DGAS et les programmes de travail de la DREES et de la DARES.

➢ La DGAS a pu s'appuyer aussi sur l'implication réelle des structures d'administration centrale relevant du ministère en charge de la conduite ou de l'animation des dispositifs concourant à la lutte contre l'exclusion.

Dans le cadre de l'action territorialisée de la politique d'accès à l'emploi, la DGEFP a associé la DGAS et les services déconcentrés (DDAS) aux différents niveaux d'intervention de la démarche. Ainsi, les échanges entre les deux structures s'organisent dans un cadre structuré et clair.

7.1.2.3 Les opérateurs ont été associés à l'animation et à la coordination.

Les opérateurs (AFPA, ANPE, CNAF et CNAMTS) sont associés à travers les contrats d'objectifs de gestion (COG) ou les contrats de progrès à la politique de lutte contre les exclusions et certains d'entre eux participent d'ailleurs aux instances nationales de coordination et d'observation (l'ANPE et l'AFPA siègent au COPIL « exclusion »et la CNAF participe aux travaux de l'Observatoire).

Néanmoins, on peut regretter l'absence de ces opérateurs au sein du CNLE compte tenu de leurs contributions aux dispositifs de la lutte contre l'exclusion (LCE) et de la plus value potentielle de leur apport aux travaux du conseil.

7.1.3 Le manque d'outils de suivi et d'évaluation entrave le pilotage et l'animation.

La montée en puissance relevée par l'IGAS en 2000 semble s'être essoufflée. Elle ne s'est pas, en particulier, prolongée par la confection d'outils performants de suivi, de mesure de la cohérence et de l'efficacité des dispositifs ou de la production d'instruments d'évaluation.

Cette situation gêne le pilotage et la coordination générale de l'application de la loi et présente le risque de centrer leurs modalités sur les dispositifs pris en tant que tel au détriment d'une approche globale et structurée.

Par ailleurs, les efforts réalisés en matière d'organisation et de coordination se sont heurtés aux limites inhérentes à une politique interministérielle dont le processus de réalisation dépend à la fois :

- de l'intégration effective des objectifs de la lutte contre l'exclusion dans l'ensemble des politiques développées par la puissance publique et les collectivités territoriales concernées ;
- de la détermination claire et précise d'une « maîtrise d'œuvre » générale de l'application de la loi.

7.1.3.1 La consolidation des données de suivi des mesures et de l'exécution budgétaire manque encore.

Si, sous l'impulsion du comité permanent du CILE et du fait de la dynamique propre à la DGAS, celle ci a mis en place un cadre du suivi des mesures prises pour l'application de la loi, il manque encore les *« instruments de consolidation ou de suivi de l'exécution budgétaire de la loi par objectifs*[27] ».

➢ Le suivi des mesures a été rendu possible grâce au rôle de consolidateur des contributions ministérielles joué par la sous-direction de l'exclusion de la DGAS à l'occasion de l'élaboration des programmes annuels de la lutte contre l'exclusion et de la préparation du PNAI.

Ce suivi est réalisé aux moyens de fiches « bilan » et « mesures et propositions ». Celles ci rassemblent les informations relatives aux textes de référence des mesures, des dispositifs et des actions, contiennent des éléments de résultat et mentionnent les exemples de bonnes pratiques.

La mission a pu constater que le travail de la DGAS a permis d'harmoniser la présentation des fiches « bilan ». Cependant leur contenu reste hétérogène. Plus orientées vers un effet d'affichage au détriment de l'évaluation qualitative des évolutions, ces fiches n'abordent que très rarement les problématiques rencontrées et, dans leur quasi totalité, n'émettent aucune proposition d'amélioration.

Partant, leur exploitation s'avère malaisée d'autant qu'elle ne s'adosse pas, par ailleurs, à un tableau de bord rassemblant synthétiquement les principaux indicateurs d'activité, de moyens et de résultat répertoriés dans les systèmes d'information existants.

➢ Aucune instance n'a reçu compétence pour assurer la coordination des instruments de remontées d'information sur la mise en œuvre de la lutte contre l'exclusion et la DGAS ne dispose pas des moyens humains et techniques pour assumer ce rôle. Afin de pallier ce manque, l'IGAS avait suggéré, en 2000, la création d'une structure légère de coordination.

Cette préconisation demeure d'autant plus d'actualité que l'application de la nouvelle loi organique de finances impliquera à court terme la réalisation et la structuration des outils d'information rendant compte du niveau d'atteinte des objectifs de résultat.

[27] rapport 2000

En outre, même si la mission ne sous estime pas les difficultés techniques représentés par la confection d'un tableau de bord synthétique, il lui semble possible, compte tenu de l'avancement des travaux réalisés en la matière, d'entreprendre une telle opération.

Des indicateurs et des mesures de suivi physico-financier existent. Bien qu'éclatés entre ministères, directions et opérateurs concernés par la LCE et n'intégrant, dans le cadre de leur élaboration, qu'imparfaitement les objectifs de la loi, ils n'en constituent pas moins une base de travail.

Par ailleurs, les travaux réalisés par la DREES sur les indicateurs de suivi et d'évaluation du PNAPES et du PNAI pourraient être utilement transposés à la lutte contre l'exclusion.

- Pour ce qui relève du suivi budgétaire et financier, aucune évolution notable n'a pu être enregistrée au cours de ces deux dernières années. Il n'existe toujours pas « *d'instrument de type « comptabilité de programme », permettant un suivi global du financement du programme de lutte contre les exclusions, d'apprécier par objectif la mise en place et la consommation des crédits, de rapprocher les données financières d'indicateurs d'activité ou de résultats* » préconisé à juste titre par l'IGAS. Les incertitudes demeurent quant à la connaissance des montants financiers engagés autres que ceux de l'Etat.

Enfin, la suggestion de confectionner un budget de programme interministériel s'est heurtée, au delà des difficultés technique de réalisation, aux réticences de départements ministériels soucieux de préserver leurs prérogatives en matière budgétaire.

- Ainsi, globalement, le positionnement interministériel insuffisamment stabilisé de la DGAS limite la capacité du ministère à infléchir la situation actuelle. Même si les textes positionnent centralement le rôle de ce dernier, ils ne lui confient pas la maîtrise d'œuvre, au plan national, de l'animation et de la coordination de la mise en œuvre de la loi d'orientation.

Le département ministériel ne dispose pas, par ailleurs, de leviers d'action suffisants pour aller au delà de son travail de synthèse réalisé actuellement.

Dépendante des éléments et contributions fournis par les différents acteurs, la DGAS s'est avant tout attachée à consolider les informations dont elle dispose.

* *
*

Il reste donc à approfondir le cadre le plus opérationnel possible de l'animation et de la coordination qui réponde aux trois objectifs suivants :

- assurer un suivi budgétaire et financier global et structuré ;
- permettre de mesurer la cohérence et l'efficacité des mesures et des dispositifs à partir d'objectifs de résultats identifiés ;
- disposer des outils d'évaluation.

7.1.3.2 La mise en œuvre de la loi organique du 1 er Août 2001 réformant la loi de finances constitue une opportunité forte et structurante en la matière.

➢ La nouvelle loi organique relative aux lois de finances organise la réforme du cadre de la gestion publique orienté dorénavant vers les résultats et la recherche de l'efficacité.

Elle prévoit :

-une structure budgétaire à deux niveaux (mission et programme) ordonnée en fonction de la destination de la dépense. La mission relève « *d'un ou plusieurs services d'un ou plusieurs ministères* ». A ce titre la mission est soit ministérielle, soit interministérielle et dans ce dernier cas elle est créée pour prendre en compte la dimension interministérielle de certaines politiques publiques.

Le programme implique le regroupement des « *crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions relevant d'un même ministère et auquel sont associés des objectifs précis, définis en fonction de finalités d'intérêt général, ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation* » ;

-des programmes ordonnés en fonction d'objectifs de résultats décrits dans des projets de performance.

➢ les modalités possibles d'inscription de la LCE dans la loi organique du 1er Août 2001.

En préalable aux observations qui suivent, la mission estime nécessaire, compte tenu des enjeux recouverts par ces deux options et leurs incidences, d'approfondir leur examen dans la deuxième phase. Cet approfondissement emportera également l'étude de l'organisation de la déclinaison territoriale de la mission ou du programme en tenant compte d'une part de la multiplicité des statuts des acteurs de la LCE et de la diversité de la nature de leur intervention et d'autre part de son articulation avec la démarche de décentralisation qui pourrait être retenue.

- Synthétiquement deux configurations sont possibles qui relèvent soit d'un choix politique gouvernemental (mission interministérielle), soit d'un choix purement ministériel (mission et programme ministériel) et répondent à des ambitions et des objectifs différents.

- La première option (constitution d'une mission interministérielle) implique l'affirmation d'une maîtrise d'œuvre générale de l'application de la LCE confiée au ministre en charge de la solidarité responsable de cette mission devant le Parlement.

- La deuxième option (constitution d'un programme ministériel) se traduit par le maintien du dispositif actuel de pilotage, d'animation et de coordination de la LCE.

➢ D'ores et déjà, il est possible de relever brièvement les avantages et les inconvénients que présentent ces options.

Le choix d'un programme spécifique relevant d'une mission ministérielle de « solidarité » présente, outre l'avantage de sa faisabilité technique, d'assurer au sein du ministère la lisibilité d'un objectif prioritaire. Il conforte en outre le positionnement de la DGAS vis à vis des autres structures centrales relevant de ce même ministère et assoit, en interne, ses compétences en matière de coordination de l'application de la LCE.

En contrepoint, la constitution d'un programme uniquement ministériel présente quatre risques :

- cette option isole le ministère et donc la DGAS vis à vis des différentes entités ministérielles maîtres d'ouvrage de dispositifs ou de mesures concourant à la lutte contre l'exclusion et accentue, au plan central, les difficultés rencontrées dans le champ de la coordination interministérielle ;
- elle peut aussi fragiliser une priorité transversale de l'action gouvernementale en réduisant la lutte contre la précarité et l'exclusion à sa seule dimension sociale ;
- elle implique encore un rendu compte au parlement par le ministère sur les actions des autres partenaires alors qu'il n'a très peu de leviers d'action directs ou indirects ;
- et, en tout état de cause, le ministère ne pourrait pas peser sur la cohérence des projets de performance et des indicateurs appliqués à la lutte contre l'exclusion présentés par les ministères au parlement.

Aussi dans cette première phase d'étude, la mission estime, sous bénéfice de l'approfondissement déjà envisagé, devoir privilégier l'option d'une mission interministérielle.

Elle constitue à la fois une réponse aux risques présentés par un programme ministériel et une approche structurante du mode adéquat de pilotage et d'animation d'une politique fortement interministérielle.

Il convient de rappeler, en préalable, que la mission interministérielle suppose une identification de l'ensemble des crédits d'Etat concourant à la réalisation de la lutte contre l'exclusion. Le projet de loi de finances spécifie la participation de chaque ministère et ne supprime pas la responsabilité des différents ministres ordonnateurs.

Cette configuration permettrait de positionner le ministre et le ministère comme pilote de la maîtrise d'œuvre de l'application de la loi.

Elle créée un cadre de cohérence pour l'ensemble des actions conduites tant au plan des objectifs de résultat à atteindre que des instruments à consolider ou à constituer.

Elle induit, de manière volontariste, une logique partagée de résultats et créée les conditions d'une harmonisation des outils d'aide à la décision et à l'évaluation.

7.2 L'évolution de l'action au plan territorial reste à évaluer.

Sur la seule base des entretiens menés avec les principales associations et de la lecture des documents mis à disposition de la mission, il apparaît que les conditions du pilotage, de l'animation et de la coordination de l'application de la lutte contre l'exclusion n'ont pas sensiblement évolué au cours de ces deux dernières années et que les constats faits par l'IGAS à cette période demeurent toujours d'actualité.

Le premier rapport d'évaluation soulignait la complexité institutionnelle due à la multiplication et à l'éclatement des instances de pilotage, de coordination et de consultation pénalisant leur fonctionnement et générant un désengagement des acteurs.

Il relevait également des relations entre l'ensemble des parties prenantes (Etat, collectivités locales, opérateurs institutionnels, associations…) aussi complexes et sources de pertes d'énergie préjudiciables aux synergies à réaliser.

En outre, le défaut d'articulation entre les multiples instruments de programmation existant pesait sur la cohérence des dispositifs.

Enfin, le rapport soulignait les difficultés pour l'Etat d'assurer l'animation des processus de mise en œuvre de la loi du fait de la faiblesse globale de ses moyens.

Pour leur part, les associations réunies dans le collectif « Alerte » notent « *l'excès de dispositifs complexes, de procédures, de commissions qui s'entrecroisent et qui sont mal coordonnées entre elles* » qui ne permet pas *« l'élaboration d'une véritable stratégie globale territorialisée de lutte contre les exclusions* » (extrait du document présentant le bilan associatif de la politique de lutte contre les exclusions).

En matière de traitement de l'urgence et de la prise en charge de proximité, il apparaît des incertitudes dans les modes de pilotage et d'animation du fait de l'enchevêtrement des compétences, des partenariats et des gestions croisées. Cette question s'inscrit dans la problématique plus large de la mise en œuvre des modes d'information, d'accueil et de prise en charge coordonnées au plus près de l'usager dans le cadre de l'hypothèse d'une nouvelle étape de la décentralisation.

Aussi, la mission propose que dans la deuxième étape de son travail d'évaluation, soient étudiées la simplification et la rationalisation de l'organisation au niveau territorial du pilotage, de l'animation et de la coordination articulée avec les hypothèses de décentralisation et l'inscription de la LCE dans la loi organique de finances.

La nécessité de cette articulation vient de ce que la réforme vise à accroître les résultats des politiques publiques en organisant la coopération entre les acteurs alors même que les démarches de décentralisation jusqu'à ce jour tendaient à la séparation des compétences, affectant des politiques publiques ou sectorielles spécifiques à chaque niveau de collectivité.

CONCLUSION.

Le premier examen des travaux relatifs à l'évaluation de l'application de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a permis à la mission de repérer un certain nombre de retards et d'insuffisances.

Il lui apparaît notamment que des investigations complémentaires s'avèreraient utiles sur les moyens d'améliorer les conditions du pilotage national et la conduite de la politique de lutte contre les exclusions au plan local.

Plus spécialement, il semble nécessaire de s'interroger sur :

- Le pilotage en termes :
  - -d'articulation et de fonctionnement des divers plans et schémas ;
  - -de définition d'outils de repérage des besoins, d'indicateurs d'activité et de résultats ;
- La simplification des instruments et procédures facilitant l'accès aux droits au plan :
  - - de l'analyse des réponses données au besoin d'information du public ;
  - - des moyens mis en œuvre pour informer et orienter les usagers,
  - -de l'anticipation des conséquences des évènements affectant la continuité des droits.
- La coordination des multiples instances de concertation et de décision :
  - -processus de prévention des expulsions,
  - -commissions de l'action sociale d'urgence, commissions de surendettement, commissions de traitement des impayés liées au logement…oeuvrant dans des champs certes distincts mais au bénéfice des mêmes publics.

En outre, quelques sujets particulièrement préoccupants appellent un approfondissement spécifique :

- l'organisation de la veille sociale et la réponse à l'urgence sociale,
  - -fonctionnement des service « 115 » ;
  - -développement des dispositifs mobiles ;
  - -capacités de réponse des CHRS.
- la santé des personnes défavorisées :
  - -l'appréciation des conditions de réussite et d'efficacité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
  - -l'examen des raisons du retard constaté dans la lutte contre le saturnisme,
- l'accès à l'emploi :
  - -traitement des publics prioritaires dans le programme PAP-ND ;
  - -contenu et utilisation de l'accompagnement vers l'emploi dans le programme TRACE ;
  - -l'analyse des difficultés rencontrées par les structures d'insertion par l'activité économique,
  - -l'appréhension des progrès effectués dans la détection et le traitement de l'illettrisme,

- l'accès au logement : observation de la mise en œuvre des dispositifs de logement intermédiaire.

L'ensemble de ces nouvelles investigations s'inscriront dans la double perspective des nouvelles procédures budgétaires et des éventuelles décisions qui seraient prises en matière de décentralisation de ces domaines.

Jeannine BARBERYE Jean-Patrice NOSMAS Roland OLLIVIER

Annexe 2
Personnes rencontrées

Personnes rencontrées par la mission

An niveau national la mission a eu des contacts avec les personnes ou organisations suivantes **:**

Administrations et organismes nationaux
Comité permanent du comité interministériel de lutte contre les exclusions
Direction générale de l'action sociale (DGAS)
Direction générale de la santé (DGS)
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Délégation générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP)
Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes (DIIJ)
Direction de l'animation de la recherche et des statistiques (DARES)
Direction générale des collectivités locales (DGCL) et membres du corps préfectoral : secrétaires généraux des préfectures du Loiret, de Haute-Garonne, du Pas-de-Calais, de Seine-Saint-Denis et de la Creuse.
Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC)
Direction de l'enseignement scolaire
Direction du trésor
Banque de France
Agence nationale pour l'emploi (ANPE)
Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI)

Institutions nationales

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, (chargés de missions et deux présidents successifs)
Secrétariat général du haut comité du logement des plus démunis
Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC)
Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
Conseil national d'insertion par l'activité économique (CNIAE)
Union sociale pour l'habitat
Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCASS)

Représentation des collectivités territoriales

Association des maires de France
Assemblée des départements de France

Associations ou fédérations nationales d'associations

Union nationale des des institutions et organismes privées sanitaires et sociales (UNIOPSS) représentant le collectif « ALERTE»
ATD Quart-monde
Fédération des SAMU sociaux
Croix Rouge Française

CONTACTS DANS LES DEPARTEMENTS
(Côte-d'Or, Indre-et-Loire ; Manche ; Rhône ; Sarthe ; Val-de-Marne)

Contacts généraux

-Préfectures : préfets, secrétaires généraux, sous préfets ville ou d'arrondissement

-DDASS : directeurs, directeurs adjoints, chefs des pôles sociaux…

Sur la veille sociale (115 et accueil d'urgence)

Préfecture : bureau des étrangers
DDASS,
Services du conseil général
Représentants de communes ou communautés de communes
CCAS
Gestionnaires du 115, du SAO service d'accueil et d'orientation (CCAS ou associations)
Associations gestionnaires de centres d'hébergement
SAMU sociaux : équipes des délégations de la Crois Rouge française

Sur les CASU

DDASS
Services du département (service de l'enfance, service social, responsables de circonscriptions)
CAF (service de l'action sociale)

Sur le saturnisme

Préfecture : bureau du logement
DDE
DDASS (médecin inspecteur de la santé, ingénieurs et techniciens sanitaires)
Département : service de la PMI
Inspection académique : service de la santé scolaire
Associations travaillant dans le secteur de l'urbanisme et la résorption de l'habitat insalubre

Sur les PASS

Directions de l'hôpital
Responsable de la PASS
Médecins de l'hôpital
Infirmiers
Assistants sociaux
Cadres administratifs
Personnels d'accueil
Médecins libéraux participant aux soins aux personnes envoyées
Associations gérant des antennes ou structures associées à la PASS
Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Sur le PAP-ND

DDTEFP et adjoints
Membres du service public de l'emploi départemental (ANPE, AFPA, DDASS…) et ASSEDIC
Délégué départemental de l'ANPE et équipe de direction
Dans les agences locales de l'emploi (ALE) : directeurs, équipe de direction, conseillers…)

* *
*

Au total, les inspecteurs ont eu des contacts ou rencontré plus de 410 personnes au cours des deux phases de la mission.

Annexe 3 (bientôt disponible)
Exemple d'organisation d'un dispositif départemental

Annexe 4 (bientôt disponible)
Exemples de démarche globale en centres hospitaliers

Annexe 5 (bientôt disponible)
Bilan national des zones à risque d’exposition au plomb

Annexe 6
Liste des sigles

Liste des sigles utilisés dans le rapports et les annexes

AAH	Allocation adulte handicapé
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AI	Association intermédiaire
ALE	Agence locale pour l'emploi
AME	Aide médicale d'Etat
ANAES	Agence nationale pour l'accréditation et d'évaluations de santé
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANLCI	Agence nationale de lutte contre l'illettrisme
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
API	Allocation de parent isolé
ARE	Aide au retour à l'emploi
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
BAE	Bourse d'accès à l'emploi
CADA	Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAFDA	Coordination pour l'accueil des familles demandeuses d'asile
CAP	Centre antipoison
CAP	Certificat d'aptitude professionnel
CASU	Commission de l'action sociale d'urgence
CASUL	Commission de l'action d'urgence sociale locale
CCAS	Centre Communal d'action sociale
CDAO	Centre départemental d'accueil et d'orientation
CDD	Contrat à durée déterminée
CDIAE	Conseil départemental de l'insertion par l'activité économique
CEC	Contrat emploi consolidé
CEF	Coordonnateur emploi formation
CES	Contrat emploi solidarité
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIE	Contrat d'insertion dans l'emploi
CLASU	Commission locale de l'action sociale d'urgence
CLD	Chômage de longue durée
CLI	Commission locale d'insertion
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNASEA	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNIAE	Conseil national de l'insertion par l'activité économique
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CQA	Contrat de qualification adulte
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
DARES	Direction de l'animation de la recherche et des statistiques
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDTEFP	Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
DE	Demandeur d'emploi
DEI	Demandeur d'emploi indemnisé
DELD	Demandeur d'emploi de longue durée
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DGUHC	Direction générale de l'urbanisme de l'habitat et de la construction
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIIJ	Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHI	Eradication de l'habitat indigne
EI	Entreprise d'insertion
ERAP	Etat des risques d'accessibilité au plomb
ETTI	Entreprise de travail temporaire d'insertion
FAJ	Fonds d'aide aux jeunes
FDI	Fonds départemental d'insertion
FHF	Fédération hospitalière de France
FJT	Foyer des jeunes travailleurs
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FSL	Fonds de solidarité pour le logement
GIP	Groupement d'intérêt public
GPLI	Groupement permanent de lutte contre l'illettrisme
IGA	Inspection générale de l'administration
IGE	Inspection générale de l'équipement
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
LCE	Lutte contre les exclusions
LEP	Lycée d'enseignement professionnel
MOUS	Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
PAIO	Permanence d'accueil d'information et d'orientation
PAP-ND	Projet d'action personnalisé pour un nouveau départ

PARE	Plan d'aide au retour à l'emploi
PARE-PAP	Plan d'aide au retour à l'emploi-projet d'action personnalisé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDI	Programme départemental d'insertion
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLF	Projet de loi de finances
PLIE	Programme local d'insertion par l'économique
PMI	Protection maternelle et infantile
PNAE	Plan national d'action pour l'emploi
PNAI	Plan national pour l'inclusion
PNAPES	Plan national d'action français contre la pauvreté et l'exclusion sociale
PNLE	Plan national de lutte contre l'exclusion
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
REP	Réseau d'éducation prioritaire
RMI	Revenu minimum d'insertion
SAE	Stage d'accès à l'emploi
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAO	Service d'accueil et d'orientation
SCHS	Service communal d'hygiène et de santé
SCRE	Service de contrôle de la recherche d'emploi
SDAPL	Section départementale des aides publiques au logement
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SGAR	Secrétariat général aux affaires régionales
SIFE	Stage d'insertion et de formation dans l'emploi
SNSSI	Système national de surveillance du saturnisme infantile
SPE	Service public de l'emploi
SPED	Service public de l'emploi départemental
SPNDE	Service personnalisé pour un nouveau départ vers l'emploi
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TRACE	Trajet d'accès à l'emploi
UDAF	Union départementale des associations familiales
UNCCASS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UPATOU	Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
ZEP	Zone d'éducation prioritaire