

Mieux connaître les personnes en difficulté : des propositions pour répondre à leurs besoins

Introduction

Michel CASTELLAN
MIPES Ile-de-France

Bonjour à toutes et à tous. Je suis heureux de vous accueillir pour cette nouvelle rencontre.

La première partie de l'après-midi portera sur les éléments de connaissance dont nous disposons sur les personnes en difficulté, avec la restitution des résultats de l'enquête « Une nuit donnée » – outil que les acteurs se sont progressivement approprié. L'enquête « Une nuit donnée » est réalisée depuis deux ans par la MIPES, la DRASS et la FNARS après avoir été réalisée en 2000 et les années précédentes. Nous nous étions déjà réunis en juillet 2003 pour la restitution de l'enquête 2003.

Certes, elle présente des limites. De fait, elle est auto-administrée et le nombre de non-répondants rend difficile d'interpréter de grandes évolutions. Par ailleurs, le questionnaire est parfois complexe aux yeux de certaines populations. S'ajoute à cela le fait que l'enquête porte uniquement sur les populations qui sont dans les centres, et non sur celles hébergées à l'hôtel. Pour autant, l'enquête donne des résultats intéressants et cohérents avec d'autres approches. Ces résultats peuvent d'ailleurs être complétés par ceux d'autres enquêtes ou recensements (données agrégées du 115, enquête sur les sans domicile, etc), qui vous seront également présentés cet après-midi.

Pour l'avenir, nous souhaitons procéder à des enquêtes par sondage, afin de disposer de résultats plus précis. Cela suppose un important travail méthodologique en amont, pour connaître l'ensemble des structures hébergeant ces populations, travail qui nous occupera tout au long de l'année prochaine.

Ensuite, une fois n'est pas coutume, notre séance s'efforcera de relier l'observation et l'action. Ainsi, la DRASS nous présentera en seconde partie de l'après-midi le Schéma Régional d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion.

Les thèmes que nous aborderons aujourd'hui sont interpénétrés et concernent l'ensemble des publics et l'ensemble des acteurs, même si nos propos porteront principalement sur l'urgence.

En favorisant les échanges, la MIPES est pleinement dans son rôle. Elle est, en effet, un lieu de réflexion commune et inter partenariale, conformément à la volonté de l'Etat et de la Région.

Eléments de connaissance

L'enquête « Une nuit donnée »

Patrick THIERY

Chef du service études et statistiques, DRASS Ile-de-France

En 2004, nous avons conduit deux enquêtes « Une nuit donnée » auprès des CHRS et des CHU, en partenariat avec la FNARS et la MIPES.

Avant de vous présenter les résultats de ces deux enquêtes, je tiens à rectifier les chiffres cités dans l'article qui vous a été distribué. Au sein des CHU, 35 % des personnes interrogées effectuent des démarches pour accéder à un CHRS et 43 % effectuent des démarches pour trouver un logement.

I. Eléments de méthodologie

L'enquête relative aux CHRS s'est déroulée durant la semaine du 23 au 29 février 2004. Celle qui a été conduite en CHU a eu lieu durant la nuit du 1^{er} avril 2004.

Les questionnaires sont de type déclaratif. Ils sont renseignés par les usagers, avec l'aide des salariés des CHRS et, en CHU, celle de bénévoles ou d'étudiants en instituts de formation pour travailleurs sociaux.

Pour les CHRS, le taux de réponse est de 42 %. Il est de 45 % pour les CHU.

Les résultats des enquêtes 2004 sont, globalement, dans la continuité de ceux de 2003 – qui étaient eux-mêmes en continuité avec ceux de 2002. Pour autant, les données recueillies doivent être interprétées avec prudence et ne sauraient conduire à des analyses infra régionales.

II. Principaux résultats

1. Profil des bénéficiaires

La majorité des usagers sont des hommes, en CHRS comme en CHU. Ces derniers sont d'autant plus représentés que l'on avance en âge. Il est à noter, toutefois, que les femmes sont majoritaires dans la tranche d'âge 25-34 ans dans les CHRS et dans la tranche inférieure à 25 ans dans les CHU. La sur-représentation masculine s'explique sans doute par l'orientation des femmes en hôtel, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de leurs enfants.

En CHRS, 87 % des personnes interrogées sont de nationalité française, contre 73 % en CHU. L'on compte 10 % de demandeurs d'asile en CHU, 4 % en CHRS. Par ailleurs, 14 % des personnes interrogées en CHU déclarent être en situation irrégulière, contre 5 % en CHRS.

Les célibataires sont majoritaires : 59 % en CHRS et 57 % en CHU.

En CHRS, près de 50 % des personnes interrogées ont des enfants mineurs, dont 60 % en sont accompagnées. En CHU, 34 % des personnes interrogées déclarent avoir des enfants mineurs. Elles en sont accompagnées à près de 50 %. En CHRS comme en CHU, les enfants qui n'accompagnent pas leurs parents sont majoritairement pris en charge par la famille.

Il est à noter que près de 20 % des personnes interrogées en CHRS et en CHU déclarent avoir un niveau d'études supérieur. Cette information est intéressante, mais elle doit être relativisée dans la mesure où la majorité des personnes répondantes sont, de fait, celles qui ont le niveau d'études le plus élevé.

2. Etat de santé perçu et recours aux soins

Dans les CHRS, 82 % des personnes interrogées se déclarent en bonne ou très bonne santé. 17 % se déclarent en mauvaise santé, dont 3 % en très mauvaise santé.

Dans les CHU, la situation est moins bonne : 75 % des personnes interrogées se déclarent en bonne et très bonne santé et 23 % se disent en mauvaise santé (dont 6 % en très mauvaise santé).

En CHRS comme en CHU, l'état de santé décroît avec l'âge et les difficultés d'emploi. Dans les CHU, le mauvais état de santé va souvent de pair avec une situation irrégulière.

Plus de la moitié des usagers en CHU et près de 60 % des usagers en CHRS ont eu recours aux soins durant les deux mois qui ont précédé l'enquête.

Le principal motif invoqué pour ne pas recourir aux soins est le fait de ne pas disposer de couverture sociale. En CHRS, 90 % des personnes interrogées déclarent avoir une couverture sociale, contre 81 % en CHU.

3. Conditions d'hébergement

L'hébergement de type individuel est plus important en CHRS qu'en CHU. En CHRS, 35 % des personnes interrogées déclarent être hébergées en chambre individuelle, 16 % en appartement individuel et 9 % en dortoir (pièces abritant plus de 4 personnes). En CHU, 25 % des personnes interrogées déclarent être hébergées en chambre individuelle et 25 % en dortoir.

La durée d'hébergement est une variable intéressante à examiner. L'on observe un allongement préoccupant de l'ancienneté d'hébergement – qui augmente avec l'âge et concerne majoritairement les hommes. Dans les CHRS, 18 % de personnes interrogées sont hébergées depuis plus de deux ans (21 % depuis plus d'un an et moins de deux ans). En CHU, l'ancienneté d'hébergement est, par nature, plus courte. 46 % des personnes interrogées sont hébergées depuis moins d'un mois. Mais 20 % sont toutefois présentes depuis plus de six mois, dont 9 % depuis plus d'un an.

En CHRS, 38 % des personnes interrogées déclarent n'avoir jamais été locataires ou propriétaires d'un logement et 1 % déclarent avoir quitté leur logement depuis moins d'un mois. En CHU, les chiffres sont à peu près identiques (36 % n'ont jamais été locataires ou propriétaires et 3 % déclarent avoir quitté leur logement depuis moins d'un mois).

Les usagers font dans leur grande majorité des démarches pour sortir de leur situation, notamment avec l'aide des travailleurs sociaux des centres. En CHRS, 60 % des personnes interrogées déclarent être à la recherche d'un logement. En CHU, elles sont 43 % à chercher un logement et 35 % à chercher une place en CHRS.

4. Emploi

La majorité des personnes interrogées sont sans emploi, mais il est préoccupant de constater qu'une part conséquente d'entre elles travaille – et ce, tant en CHRS (39 %) qu'en CHU (21 %).

L'ancienneté dans le chômage est une variable importante. La situation est, là encore, très préoccupante. En CHRS, 48 % des personnes interrogées sont au chômage depuis plus d'un an et 22 % n'ont jamais travaillé. En CHU, 40 % des personnes interrogées sont au chômage depuis plus d'un an et 19 % n'ont jamais eu d'emploi. La difficulté est accrue pour les jeunes et pour les femmes.

5. Ressources perçues

Les personnes déclarant percevoir des ressources sont plus nombreuses en CHRS (77 %) qu'en CHU (55 %). En CHRS, 43 % des ressources perçues sont des salaires. Le reste est constitué des différents minima sociaux. La proportion est inversée en CHU.

III. Perspectives

Nous ne pensons pas renouveler l'enquête « Une nuit donnée » en 2005, afin d'engager une réflexion méthodologique approfondie. En effet, nous avons le sentiment que des enquêtes par sondage permettraient d'améliorer le taux de réponse. Par ailleurs, la DREES ayant prévu de mener une enquête auprès des CHRS et des CHU, l'enquête « Une nuit donnée » serait redondante.

Je vous remercie.

Les données collectées par les 115

Raphaële BETTON
FNARS Ile-de-France

Il est difficile d'obtenir des informations fiables et comparables à l'échelle nationale et régionale, concernant l'activité des 115, le profil des appelants, l'évolution des demandes ou les capacités de réponse. Cela s'explique notamment par la diversité de fonctionnement des 115 et des modes de collecte des données.

I. Contexte

A la fin de l'année 2002, le siège de la FNARS a mis en place un observatoire national des numéros d'urgence 115. Cet observatoire a pour mission de recueillir des informations à partir des demandes reçues par les écoutants des 115 : types d'appelants, âge et situation familiale, motif des appels, réponses apportées. Ces données, qui peuvent paraître peu intéressantes parce que peu détaillées sont les seules à permettre des comparaisons pertinentes à l'échelle nationale.

Deux séries d'observations nationales ont d'ores et déjà été réalisées, au mois de novembre 2002 et au mois d'avril 2003. Seul le 115 Paris n'y a pas participé. La FNARS Ile-de-France procède, en outre, à des observations complémentaires, dans le cadre d'un groupe régional 115.

Le besoin de données quantitatives fiables est fort, du point de vue des pouvoirs publics. Ce sont, en effet, ces données qui permettent de déterminer les besoins et d'élaborer les programmes d'action. La production d'informations statistiques reste donc un objectif pour tous les acteurs. Mais les chiffres n'auront jamais de sens sans les observations qualitatives réalisées par les acteurs de terrain. Le travail sur les chiffres ne doit pas faire oublier la parole des acteurs et des usagers.

II. Données chiffrées nationales hors Paris

Exception faite de Paris, 6 millions d'appels sont acheminés chaque année vers le 115.

a. Nombre d'appels

Le taux d'appels dits « véritables » décrochés est de 50 %. Ce taux très bas s'explique par un manque de moyens ou par des problèmes techniques. Le nombre d'appels décrochés varie peu au cours de la semaine. On les estime au minimum à 600 000 par an, 50 000 par mois ou 1 640 par jour. Mais, en termes de volumes, l'activité est très hétérogène.

b. Contenu des appels

Les appels « véritables » sont plus nombreux en début de semaine.

Hors appels polluants, un tiers des appels véritables parviennent entre 16 et 20 heures, avec un pic entre 18 heures et 19 heures.

Par ailleurs, 71 % des appels « véritables » proviennent d'usagers et 15 % émanent d'intervenants sociaux. 25 % des appels concernent les 18-24 ans. 30 % des demandes concernent des femmes. 12 % concernent des personnes accompagnées d'enfants. Un appel sur 7 concerne des réfugiés.

c. Situation des demandeurs

Deux tiers des appels « véritables » sont passés par des hommes seuls. Les femmes seules sont à l'origine d'une demande sur six et les personnes accompagnées d'enfants à l'origine d'une demande sur huit. Au total, 30 % des demandes concernent des femmes – et ce pourcentage tend à augmenter, de même que la part des jeunes (30 %). 1 appel sur 7 concerne des réfugiés (soit 90 000 demandes par an).

Ainsi, le profil type est celui d'un homme seul âgé de 26 à 44 ans et cherchant une solution de logement ou d'hébergement.

III. Données chiffrées Ile-de-France

En Ile-de-France, nous constatons un manque global et persistant de places d'hébergement, laissant chaque jour des centaines de personnes – y compris des familles accompagnées d'enfants – sans réponse à leur demande d'hébergement en urgence. Les chiffres laissent également apparaître une inadaptation des réponses apportées par le 115. Ainsi, pour citer ce seul exemple, il arrive qu'une demande d'hébergement d'une femme seule avec enfants ne puisse être orientée parce qu'il ne reste que des places pour hommes seuls. Sans compter que certains centres d'hébergement sont parfois très éloignés et que le réseau de bus fonctionne rarement en soirée. En 2003, les non-réponses aux demandes d'hébergement représentaient, selon les départements, 10 à 80 % des non-réponses globales.

Il apparaît que les 115 les plus en difficulté sont ceux qui ne disposent pas de places « réservées 115 » – c'est-à-dire des places d'hébergement en accès direct qui ne transitent pas par le 115.

Par ailleurs, l'hôtel devient trop souvent une solution palliative aux demandes de logement ou d'hébergement, produisant au final une autre forme de non prise en charge sociale. Au total, en 2003, 43,68 % des orientations ont été effectuées en hôtel par le 115 du Val d'Oise.

Le mode de fonctionnement du 115 et des centres d'hébergement sur chaque département influe sur le type d'informations collectées et sur l'interprétation des données.

C'est la raison pour laquelle il est primordial de replacer les chiffres dans un contexte de diversité locale : la gestion des places est loin d'être identique d'un département à l'autre.

Les données diffèrent selon que le 115 dispose ou non de reports d'hébergement, selon que le 115 est ou non en capacité de distinguer le nombre de personnes différentes faisant appel à lui ou selon qu'il distingue ou non, en cas de non-réponse à la demande d'hébergement, les personnes qui resteront sans aucune solution et celles qui auront été orientées vers une autre réponse.

Le volume des appels diffère également entre les 115 qui orientent sur des durées d'hébergement de plus d'une semaine et ceux qui orientent pour des durées d'un à trois jours.

Au final, toutes ces données quantitatives doivent être abordées avec prudence et ne peuvent en aucun cas être comparées telles quelles les unes aux autres.

IV. Données qualitatives

Les 115 se trouvent dans une situation paradoxale du fait d'un fossé de plus en plus profond entre les missions qu'on leur assigne et les réalités du terrain. En principe, les 115 doivent répondre à l'injonction de réponse immédiate et inconditionnelle. Mais, dans les faits, leurs moyens ne leur permettent plus de répondre de manière satisfaisante à cet objectif. La notion de réponse immédiate et inconditionnelle doit donc être redéfinie. Une concertation collective de l'ensemble des acteurs est indispensable, pour réévaluer les capacités globales de réponse des dispositifs d'accueil et d'hébergement – et ce, pas uniquement dans le champ de l'urgence sociale.

Les 115 se retrouvent à devoir gérer seuls les contradictions et les pressions nées de la saturation générale des dispositifs et des acteurs. Le 115 est de plus en plus considéré par les partenaires sociaux comme le seul dispositif de réponse aux situations d'urgence ou, plus largement, comme le seul dispositif de veille sociale. Pourtant, il faut arrêter de penser que le 115 peut répondre à toutes les demandes. Il faudrait rappeler pourquoi les 115 ont été créés et pour qui : être la dernière bouée de secours pour les personnes à la rue en situation d'urgence, et notamment celles qui ne sont pas encore connues et prises en charge par les acteurs locaux. Or, sur le terrain, le premier réflexe des partenaires est d'appeler le 115 – alors que c'est l'inverse qui devrait se produire.

Le manque de places à disposition des 115 conduit à une remise en cause de la notion d'inconditionnalité d'accueil. Les écoutants sont contraints de procéder à un tri entre les appelants, en tenant compte de leur vulnérabilité, du fait du manque de places et de leur inadaptation aux besoins. Actuellement, les familles avec enfants et les femmes seules sont traitées en priorité. Le risque est donc grand que les demandes d'hommes jeunes soient de moins en moins prises en compte.

Le 115 n'est qu'un maillon de la chaîne. Il ne peut être rendu pour seul responsable des difficultés d'hébergement. Il est avant tout le reflet des manques des dispositifs d'accueil et d'hébergement dans un département.

Par ailleurs, les enquêtes « flash » pilotées par les DDASS sont menées durant l'hiver. Or il est à noter que les 115 rencontrent davantage de difficultés l'été. Les taux de non-réponse, contrairement à ce que l'on pourrait croire, sont plus élevés durant l'été. Aussi demandons-nous une pérennisation des moyens à l'échelle de l'année entière.

Enfin, le 115 ne doit plus être placé dans la seule sphère de l'urgence.

En conclusion, il importe de conduire une réflexion collective et plus qualitative sur la veille sociale au sens large : harmonisation des dispositifs d'accueil, durées de prise en charge, domiciliations, liens à établir entre les maraudes et les accueils de jour. Chacun des acteurs doit être replacé face à ses responsabilités. Il est temps de cesser de faire porter l'origine des dysfonctionnements des dispositifs d'aide sur les 115.

Les sans domicile et l'emploi

Thérèse FERRÉ
Direction régionale de l'INSEE

I. Eléments méthodologiques

L'enquête « Sans domicile » a été effectuée en 2001 par l'INSEE, avec le concours méthodologique de l'INED. Elle a, en effet, fait appel à une méthodologie très spécifique dans la mesure où l'INSEE a pour habitude d'effectuer des sondages auprès des ménages qui vivent dans des logements.

Nous avons effectué nos sondages « Sans domicile » dans 80 agglomérations de plus de 20 000 habitants, au sein des services d'hébergement (CHRS, CHU, hôtels et centres maternels) et de restauration (points de restauration fixes ou itinérants) auxquels ont recours les personnes sans domicile. Nous n'avons pas retenu les centres d'accueil des demandeurs d'asile ou les centres provisoires d'hébergement. Nous n'avons pas non plus retenu les points de distribution de colis alimentaires.

Les études ont porté sur les usagers adultes, francophones – en raison de la durée du questionnaire – et sans domicile.

Je rappelle qu'une personne est dite sans domicile lorsqu'elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou lorsqu'elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation.

II. Principaux résultats

Etre sans domicile ne signifie pas être sans emploi – *a fortiori* dans l'agglomération parisienne où 35 % des personnes interrogées déclarent avoir un travail (déclaré ou non déclaré, occasionnel ou en CDI).

Dans l'agglomération parisienne, les sans domicile qui déclarent travailler sont 70 % à travailler pour une entreprise. Ils sont moins de 50 % en province. En province, en effet, près de 25 % des sans domicile travaillent pour des associations, souvent celles qui les hébergent ou les restaurent (contre 1 sur 10 en Ile-de-France). Cela permet de payer le service reçu. Par ailleurs, les sans domicile franciliens occupent principalement des emplois d'ouvrier (35 %) ou d'employé (48 %). Ils sont souvent peu anciens dans leur emploi : 72 % ont une ancienneté dans l'emploi inférieure à un an.

Il est à noter que de nombreux sans domicile sont au chômage (36 % dans l'agglomération parisienne). Près de 1 sans domicile sur 2 se déclare au chômage depuis moins d'un an. Les motifs les plus fréquents de perte d'emploi sont les fins de contrats précaires ou d'emploi occasionnel, des démissions, des licenciements ou des faillites. Le nombre de démissions est d'ailleurs plus élevé que chez les chômeurs qui ne sont pas sans domicile (7 % en Ile-de-France). Au total, 27 % de

chômeurs sans domicile franciliens déclarent avoir démissionné pour raisons de santé, familiale ou autres.

La moitié des chômeurs sans domicile ont entrepris des recherches d'emploi dans le mois qui a précédé l'enquête.

Ces résultats sont tirés d'un article écrit par l'INSEE et la DRASS. Cet article peut être consulté sur Internet, de même qu'un autre article rédigé par la DR Ile-de-France et des articles nationaux rédigés à partir de cette enquête.

Je vous remercie.

QUESTIONS

Michel CASTELLAN

Je vous propose d'ouvrir un temps d'échanges avant d'aborder la seconde partie de l'après-midi.

Dans l'enquête de l'INSEE, 35 % des sans domicile déclarent travailler. Le champ de cette enquête et sa date ne sont pas les mêmes que pour l'enquête « Une nuit donnée ». Trois ans après l'enquête INSEE, en 2004, 40 % des personnes interrogées dans les CHRS déclarent travailler, contre 21 % dans les CHU.

La parole est à la salle. Souhaitez-vous obtenir des précisions quant aux présentations qui vous ont été faites ?

De la salle

Le premier intervenant a indiqué que 59 % des personnes interrogées en CHRS cherchaient un logement. Qu'en est-il des autres personnes ?

Michel CASTELLAN

L'enquête « Une nuit donnée » comportait, en effet, des questions sur la recherche de logement. Dans les CHRS, certaines personnes ne font pas de démarches pour trouver un logement tout simplement parce qu'elles n'espèrent pas en trouver, en raison notamment de leur manque de ressources. L'effet de découragement est souvent fort.

Christiane PERNET

Il existe deux catégories de personnes, parmi celles qui ne cherchent pas de logement : les personnes qui sont découragées et qui pensent que leur démarche n'aboutira pas, d'une part ; les personnes qui viennent tout juste d'arriver en CHRS, d'autre part. Quoi qu'il en soit, je pense moi aussi qu'il s'agit de personnes qui n'espèrent plus...

De la salle

Ces personnes se retrouvent-elles *in fine* à la rue ?

Christiane PERNET

Non. Les durées d'hébergement sont très longues dans les CHRS. Il arrive, en outre, que certaines personnes aillent de CHRS en CHRS.

De la salle

Avons-nous suffisamment de matière pour affirmer qu'il existe une différence significative entre les populations qui fréquentent les CHRS et celles qui fréquentent les CHU ?

Michel CASTELLAN

Les chiffres sont relativement différents, ne serait-ce que parce que la durée de séjour en CHRS est plus longue. Il existe un écart prononcé en matière de rapport à l'emploi notamment.

De la salle

Parmi les populations qui travaillent en CHRS et en CHU, peut-on distinguer les CDI à plein temps et les autres formes d'emploi (travail précaire, temps partiel contraint, etc) ?

Michel CASTELLAN

De mémoire, 40 % des personnes interrogées en CHU travaillent à temps plein. Ces données figurent dans le document qui vous sera remis à la sortie.

Thérèse FERRÉ

Dans notre enquête, 34 % des personnes qui travaillent déclarent le faire en CDI.

Michel CASTELLAN

Il y a un petit glissement de 2 à 3 % entre l'enquête « Une nuit donnée » 2003 et l'enquête 2004. Mais il est toujours délicat d'interpréter ces évolutions dans la mesure où la proportion de non répondants est importante.

Patrick THIERY

En CHRS, 49 % des personnes interrogées qui déclarent travailler seraient en CDI. En CHU, elles sont 40 % environ.

Raphaële BETTON

De manière générale, même si ces personnes travaillent, elles occupent des formes d'emploi précaires du fait de la nature de leur contrat ou de leur durée de travail. Les emplois à temps partiel sont en effet très courants. Par ailleurs, nous observons que les personnes sans emploi « s'auto-excluent » de la recherche et de l'accès à un logement.

Christiane PERNET

En Seine-et-Marne, la majeure partie des personnes qui ont un emploi et qui sont en CHRS sont âgées de 25 à 30 ans. Eprouvant des difficultés à trouver un logement, elles restent en CHRS – ce qui ne va pas sans poser problème.

De la salle

Je reviens sur les disparités entre CHRS et CHU : les personnes sont sensiblement les mêmes, mais elles sont à un stade différent de demande. Je précise toutefois que ces propos n'engagent que moi.

De la salle

D'où vient l'idée selon laquelle les moins de 25 ans sont mieux à même que les autres de rester dehors ? En entreprise, on est considéré comme performant entre 30 et 40 ans. En politique également. Aucune civilisation ne considère que les moins de 25 ans sont les plus forts.

Michel CASTELLAN

Je vous remercie. J'invite à la tribune les intervenants suivants.

Exemple d'action

Le schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (SRAHI)

Annick DEVEAU

Le SRAHI a été lancé voilà deux ans. Il a été établi à partir des schémas départementaux. Plusieurs groupes de travail ont fonctionné en 2003 et nous souhaitons aujourd'hui vous restituer la synthèse régionale à laquelle ils ont donné corps, ainsi que les actions qui en découleront.

Je cède la parole, pour cette présentation, à Christiane PERNET, DDASS de Seine-et-Marne, chef du projet SRAHI.

Christiane PERNET

Nous vous présenterons les éléments de contexte, la méthodologie du schéma et les fiches d'actions et de recommandations.

I. Eléments de contexte

1. Caractéristiques démographiques

L'Ile-de-France compte 11 millions d'habitants, qui représentent 18,7 % de la population française. Près d'un ménage sur trois est composé d'une personne seule. Le nombre de personnes seules est en effet en augmentation significative entre les deux derniers recensements. Par ailleurs, une famille parisienne sur quatre est une famille monoparentale.

2. Indicateurs de pauvreté et de précarité

9,4 % des ménages franciliens perçoivent des *minima* sociaux. Cette part est moins importante que la moyenne nationale. Toutefois, Paris et la Seine-Saint-Denis regroupent près de la moitié des allocataires franciliens du RMI et 40 % des demandeurs d'emploi de la région.

Un francilien sur dix vit au-dessous du seuil de pauvreté. Cela représente 1 million de personnes.

L'Ile-de-France regroupe 30 % des populations vivant en Zone Urbaine Sensible.

3. Indicateurs de logement

Dans la région, le manque de constructions nouvelles est criant. En 1994, le Schéma Directeur d'Ile-de-France s'était fixé pour objectif la construction de 53 000 logements nouveaux par an.

Mais, en moyenne, seuls 40 000 logements sont construits chaque année. Le marché immobilier est très spécifique. Les loyers du secteur libre sont nettement plus élevés que la moyenne nationale. Le coût du foncier est supérieur de 30 à 100 % à celui des grandes agglomérations de province. Le parc social est inégalement réparti : quelques 100 communes d'Ile-de-France, situées à l'Est et au Nord-Est de la petite couronne, concentrent 51 % du parc HLM, tandis que 800 communes ont peu ou pas de logements sociaux.

L'on compte 1,055 million logements sociaux en Ile-de-France, dont près de 200 000 en Seine-Saint-Denis, contre 80 000 en Seine et Marne.

Les dispositifs spécifiques d'accès au logement tendent à se développer et à se diversifier : ALT (Allocation de Logement Temporaire), résidences sociales, foyers de jeunes travailleurs, foyers de travailleurs migrants ou maisons relais. En 2002, 14,1 millions d'euros ont été versés par les CAF au titre de l'ALT. Cette allocation a concerné pas moins de 22 000 personnes accueillies entre octobre 2000 et septembre 2001. Nous comptons 811 résidences sociales, soit 17 000 personnes concernées. Nous comptons, en outre, 250 foyers de travailleurs migrants.

L'hébergement est généraliste. L'on observe, dans l'hébergement d'urgence, un développement quantitatif important au titre des créations de places nouvelles notamment. Les capacités d'urgence et d'insertion sont disparates au sein de la région. Paris compte 6 751 places, loin devant les autres départements.

L'hébergement est par ailleurs spécialisé pour ce qui concerne les demandeurs d'asile. Il a connu un développement croissant en 2004, dans le cadre du plan « objectif 1 500 places ». En effet, nous comptons 943 places en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) en janvier 2002 et, au 15 novembre 2004, ces places sont au nombre de 2 149 – soit une augmentation de 1 206 places. En deux ans, nous avons fait plus que doubler les places des CADA en Ile-de-France. Ce dispositif est complété par 4 485 places d'urgence en CPH (Centre Provisoire d'Hébergement), en AUDA (Accueil d'Urgence des Demandeurs d'Asile) et en hôtel.

II. Méthodologie

Le SRAHI est une mise en perspective des schémas départementaux d'Ile-de-France, après identification des problématiques communes.

Il est articulé autour de quatre grands thèmes – chacun d'entre eux ayant fait l'objet d'un groupe de travail :

- l'harmonisation des pratiques et la coordination des acteurs ;
- la veille, l'aide sociale et l'urgence (avec l'inter-départementalité des 115) ;
- la formation et la qualification des personnes du secteur LCE (loi de Lutte Contre les Exclusions) ;
- l'insertion (accès au logement, à l'emploi et à la santé).

L'accent a été mis sur l'emploi, même s'il n'est pas totalement de la compétence des DDASS et de la DRASS. A cet égard, nous avons formulé des recommandations et non fixé des objectifs.

La procédure d'élaboration du schéma était la suivante : un chef de projet, un comité de pilotage régional, un comité technique de suivi et quatre groupes de travail. La rédaction finale s'est avérée fort complexe en raison de la mise en œuvre de plusieurs réformes (réforme de l'Etat, décentralisation et plan de cohésion sociale).

III. Grandes actions

1. Harmonisation des pratiques et coordination des acteurs

Stéphanie FARGE

Nous avons retenu deux thèmes transversaux : développer un cadre régional d'observation et mise à disposition d'outils de pilotage ; favoriser l'accès des usagers aux droits et aux dispositifs. Chacun de ces thèmes est décliné en fiches d'actions ou de recommandations.

a. Développer un cadre régional d'observation et disposer d'outils de pilotage

L'information apparaît inexistante ou non agrégable au niveau régional. Elle est, en outre, insuffisamment exploitée et diffusée.

Trois objectifs ont été fixés :

- mieux identifier les données nécessaires à la conduite des politiques ;
- harmoniser au niveau régional les cadres de recueil des données ;
- mieux diffuser les exploitations de données, notamment au moyen de sites Internet.

b. Favoriser l'accès des usagers aux droits et aux dispositifs

Une réflexion a été engagée sur l'harmonisation des pratiques professionnelles et de la coordination des acteurs, ainsi que sur l'égalité d'accès des usagers aux dispositifs. La réflexion théorique autour des postulats de l'harmonisation des pratiques a permis d'élaborer des objectifs opérationnels. Souvent, les moyens et le temps consacrés à la construction des outils de pilotage sont très faibles. La saturation des dispositifs constitue, qui plus est, un obstacle supplémentaire.

Les objectifs fixés s'articulent autour de trois axes :

- favoriser la démarche d'harmonisation des pratiques notamment au niveau régional ;
- définir des thèmes de travail prioritaires ;
- alimenter et enrichir les démarches d'évaluation et d'auto-évaluation.

La LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances) impose désormais de construire des objectifs et des indicateurs.

2. Formation et qualification

Corine DELHORBE

Je suis conseillère technique en travail social. Deux fiches ont été établies par le groupe de travail « formation et qualification ».

a. Identifier les besoins en termes de fonctions et de compétences recherchées et renforcer les compétences en travail social

Nous sommes partis de deux constats : l'insuffisance de la formation initiale pour l'accompagnement d'un public en errance et l'insuffisance de formation continue.

Trois objectifs ont été fixés :

- rechercher l'adéquation entre fonctions, métiers et qualifications ;
- repérer les méthodologies de formation adaptées aux sujets à traiter ;
- promouvoir la démarche qualité.

b. Déterminer les moyens à mettre en œuvre pour la qualification des personnels non diplômés

Il existe un pourcentage élevé de « faisant-fonction » et les difficultés à recruter du personnel qualifié sont des plus en plus marquées.

Dans ce contexte, un objectif a été fixé : introduire une politique de qualification des non-diplômés pour améliorer la qualité de service, les statuts des professionnels et les fidéliser.

3. Veille sociale

David DUPUY

Je suis inspecteur au service « Lutte Contre les Exclusions ».

Le 115 est au cœur du dispositif de veille sociale. La sollicitation de ce dispositif est d'une ampleur exceptionnelle en Ile-de-France. Dans le même temps, la situation, le fonctionnement et l'efficacité des 115 sont fortement disparates d'un département à l'autre.

Dès lors, plusieurs objectifs ont été fixés.

a. Conforter les 115 dans leurs missions

Le premier objectif vise à conforter le 115 dans ses missions :

- en fiabilisant les systèmes d'information entre les 115, les dispositifs de veille sociale et les DDASS ;
- en fixant au niveau régional un pourcentage minimal de places en gestion directe par les 115 franciliens ; en améliorant la coordination interdépartementale sur la base d'un cahier des charges commun ;

- en harmonisant la formation et la pratique des écoutants des différents 115. De fait, la fonction d'écoutant est devenue un métier à part entière.

b. Mieux mobiliser les partenaires de la veille sociale lors des situations de crise

Un deuxième objectif vise à mieux mobiliser les partenaires de la veille sociale lors des situations de crise :

- en anticipant mieux et en formalisant les situations de crise et de tension sur les dispositifs ;
- en développant la veille et la coordination régionale des situations de crise.

Cela passe par un développement de la prévention, par l'identification des différents niveaux de crise, des moyens à mobiliser, par la mise en place de protocoles, par le positionnement de l'échelon régional sur des phases stratégiques ou encore par le développement d'une mission de veille.

4. Insertion par le logement

L'on constate la saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence, en dépit d'une augmentation importante des capacités. Cette saturation est liée à la difficulté d'accès au logement. L'on constate, en outre, une connaissance insuffisante par les équipes des structures d'hébergement des dispositifs d'insertion par le logement.

Suite à ces constats, deux objectifs ont été fixés :

- favoriser la fluidité du dispositif d'hébergement vers le dispositif du logement ;
- développer les compétences des professionnels du secteur de l'hébergement concernant la connaissance des dispositifs d'accès au logement.

Cela passe par la stabilisation des capacités d'hébergement d'urgence au profit d'un développement des capacités d'insertion, par le développement de dispositifs spécifiques d'accès au logement (maisons relais, par exemple) et par l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge dans les structures. Il est ainsi prévu de financer la transformation de places de CHU en CHRS dès 2005.

5. Insertion par l'emploi

Chantal BELLORGEY

L'emploi est primordial dans la démarche d'insertion sociale. Il constitue, d'ailleurs, avec le logement et l'égalité des chances, l'un des trois piliers du plan de cohésion sociale. Or, les chiffres sont pour le moins préoccupants concernant l'emploi. 42 % des personnes hébergées en CHRS disposent d'un emploi (dont près de la moitié en CDI), contre 21 % des personnes hébergées en CHU. On le voit, avoir un emploi ne permet pas pour autant d'accéder à son propre logement ou de sortir de la précarité. Cette réalité recouvre la notion de « travailleur pauvre ».

Pour atténuer cette réalité, il s'agit en conséquence de :

a. Favoriser une plus grande cohérence dans l'action

En améliorant les complémentarités partenariales entre acteurs publics et opérateurs privés, en optimisant les moyens existants par une plus forte proximité dans l'échange d'offres de prestations disponibles.

b. Prendre en compte la réalité de l'état de la population concernée pour soutenir l'accès ou le retour à l'emploi

En développant les actions d'insertion préalables à l'emploi qui prennent en compte les capacités et les compétences des personnes concernées, en recherchant des correspondances plus efficaces entre offres de prestations et demandes des bénéficiaires et en poursuivant l'accompagnement de la personne pour consolider l'insertion dans l'emploi.

6. Accès aux soins

Stéphanie FARGE

Sur les seuls dispositifs d'hébergement, plus de 24 000 personnes sont hébergées, auxquelles s'ajoutent les résidents des dispositifs d'accès au logement comme l'ALT ou les résidences sociales. Globalement, les structures font mention d'un état de santé préoccupant pour beaucoup de personnes accueillies. Pourtant, l'enquête « Une nuit donnée » révèle que 70 à 80 % des personnes interrogées se sentent en bonne santé.

- Un premier objectif vise à améliorer les données sur les problématiques de santé dans les structures d'hébergement.
- Il s'agit, en outre, de proposer des actions à l'égard des professionnels et à l'égard des usagers.
- Enfin, il convient de favoriser la coordination et l'articulation entre les différentes démarches et de renforcer le lien entre les PASS et les structures sociales et de développer des réseaux psychiatrie/précarité.

Le PRAPS II (Plan Régional d'Action de Protection Sociale) confortera l'action tournée vers les personnes en habitat collectif et précaire et les actions de santé dans les foyers de travailleurs migrants.

Annick DEVEAU

Dans la mesure où nombre d'entre vous a participé aux groupes de réflexion, il était légitime de vous restituer ce travail. Le SRAHI arrive à point nommé, avec le vote de la loi de programmation pour la cohésion sociale. Il servira de base aux stratégies régionales et départementales.

QUESTIONS

Alain LE CLEAC'H, président de l'association « La Péniche du Cœur »

La Péniche du Cœur est un centre d'hébergement d'urgence de niveau 2.

Je suis très heureux d'entendre vos statistiques et de connaître la typologie des problématiques des personnes qui se trouvaient dans l'exclusion en 2001. Mais que fait-on de toutes ces informations ?

Par ailleurs, le SRAHI est un système brillant, qui semble vivre et se développer sur lui-même en théorisant. Je suis ainsi ravi de savoir que vous menez une « réflexion théorique autour des postulats de l'harmonisation des pratiques ». Voilà qui me laisse rêveur...

Vous avez une capacité fantastique à nous exposer des théories. Moi, je pose des questions simples. Une masse de population est dans l'exclusion.

- Comment faisons-nous pour recevoir l'ensemble de cette population – ce que nous ne faisons pas aujourd'hui ? Je pose la question en termes de capacités d'accueil.
- Que faisons-nous pour sortir ces personnes de l'exclusion ? Quels moyens donnons-nous aux structures en place pour assurer, à tous les niveaux, les sorties de l'exclusion ?
- Que faisons-nous pour éviter d'alimenter sans cesse cette population que nous savons en croissance, vous le dites vous-mêmes ?

On nous renvoie au plan de cohésion sociale. Mais quelle crédibilité peut avoir un plan sur cinq ans dont le financement de la première année est inférieur à la masse totale de financement des besoins ?

Je n'avais pas besoin d'entendre la théorie, aujourd'hui.

J'en ai par ailleurs assez que l'on parle sans arrêt du plan « Grand froid », ce plan qui est destiné à faire croire à la population générale que l'on se mobilise. A Paris, le niveau 2 correspond à la mise à disposition de 10 % de capacités supplémentaires. Que l'on nous donne ces 10 % tout au long de l'année ! Les besoins sont permanents, nous le savons tous.

Enfin, vous vous fichez complètement de nous en déclarant qu'une recommandation de formation a été définie vis-à-vis des personnels des centres d'hébergement d'urgence, afin que ces derniers sachent où trouver des logements pour les personnes qu'ils reçoivent. Nous connaissons très bien ces lieux. Mais les sorties n'existent pas !

Voilà ce que je voulais dire.

Annick DEVEAU

Je vous remercie. Nous prendrons votre déclaration telle qu'elle est.

Mais, il faut dire que ce ne sont pas seulement la DRASS et les DDASS qui ont élaboré ce schéma régional, qui est le fruit du travail de nombre des personnes présentes dans la salle. Ce sont les gens du terrain qui nous disent qu'il faut réfléchir aux pratiques professionnelles. Je comprends votre agacement, mais ce schéma est le fruit d'un travail collectif.

Par ailleurs, vous avez raison de poser des questions sur les suites à donner. Le schéma sera le point de départ qui nous permettra de définir des programmes d'action. Il sera fortement utile à la DRASS, notamment pour négocier des crédits au niveau ministériel et dans le cadre de la loi de programmation pour la cohésion sociale. Pouvoir chiffrer l'augmentation des demandeurs d'asile ou des sans domicile et fixer des objectifs, par exemple, nous est très utile. Cela nous permet de justifier de l'utilisation des crédits que nous avons déjà reçus et de ceux que nous demandons. Un dialogue de gestion avec le Ministère est d'ailleurs prévu demain. Nous rappellerons alors les priorités qui ont été inscrites dans le SRAHI, priorités qui nécessitent que soient dégagés des moyens financiers et humains.

Dorénavant, la gestion de l'Etat reposera sur la LOLF qui nous impose de définir des priorités nationales, régionales et départementales, de fixer des indicateurs de performance et de résultats et de nous assurer qu'ils seront tenus. Vous avez raison, il faut que le schéma régional puisse se traduire en actes.

J'en viens à la loi sur la responsabilité des collectivités territoriales. Un certain nombre des propositions du SRAHI ne sont que des recommandations. De fait, la dernière loi de décentralisation transfère une partie des responsabilités de l'Etat aux conseils régionaux et généraux. Le SRAHI peut donc exprimer des recommandations qu'il ne peut plus transformer en actions. Mais il est bien évident que nous agissons dans les domaines qui restent affectés à l'Etat. Ainsi, pour la formation continue des personnels, nous serons à même de mobiliser les crédits dont nous disposons. Soyez donc rassurés.

La loi de santé publique, par ailleurs, aboutira à la création d'un programme régional de santé publique. Dans ce cadre, le SRAHI permettra de dépasser l'accès aux droits pour assurer l'accès à la santé. Aucune population ne doit être, à aucun moment, exclue. A cet égard, le PRAPS constitue un important levier d'action. Je vous invite d'ailleurs à construire des projets pour obtenir des financements. L'appel à projets dans le cadre du PRAPS 2005 figure sur le site de l'URCAM ou celui de la DRASS.

Nous faisons tout pour répondre au mieux, ou un peu moins mal, aux besoins des populations dont vous vous occupez. Je comprends très bien votre frustration, puisque vous êtes en permanence confrontés à des situations dramatiques. Nous partageons votre souci et nous faisons en sorte d'obtenir les crédits qui vous permettent d'améliorer la situation. Quant à l'insuffisance de crédits, il s'agit, à mon sens, d'un autre sujet.

Christiane PERNET

N'oubliez pas que le SRAHI est un schéma régional. Il n'est qu'une synthèse des schémas départementaux qui, eux, sont opérationnels. Dès lors, il ne peut pas lister toutes les actions qui sont conduites *via* les schémas départementaux. Notre schéma départemental, celui de Paris et les autres, prévoient un bien plus grand nombre d'actions que le schéma régional.

Je comprends que vous soyez insatisfaits, sur le terrain. Mais nous essayons d'avancer.

De la salle, Mairie de Paris

Quelle est la mobilisation des autres collectivités locales en matière d'hébergement d'urgence ? Cette question m'intéresse tout particulièrement. Les besoins sont réels. Ils concernent l'ensemble de la région et l'ensemble des acteurs.

Par ailleurs, qu'en est-il du rééquilibrage de l'offre d'hébergement afin de pallier les disparités régionales ? Vous n'avez rien dit de cette orientation dans votre présentation.

Enfin, qu'en est-il des places dédiées à l'ensemble des 115 franciliens ? A mon sens, soit l'on dédie l'ensemble des places d'hébergement aux 115, soit l'on n'en dédie aucune. Il ne faut pas faire les choses à moitié. A défaut, l'on créera une filière spécifique, l'on favorisera des embouteillages permanents et l'on renverra l'image d'un 115 qui ne fait pas son travail. Il est fondamental de se placer dans une logique de coordination totale des acteurs, avec une visibilité totale de l'offre.

Patrick ROUYER, Emmaüs

Concernant le schéma parisien, nous avons pris garde de ne pas suivre une démarche de centralisation, mais de fédération. Cela permettait au tissu associatif de travailler en coordination et d'enrichir ses réponses. Or, il semble que la démarche du SRAHI ait un effet centralisateur, donc d'appauvrissement. C'est pourtant la diversité des réponses qui fait la richesse du tissu associatif.

Bernard MEILE, Advocacy

Advocacy est une association d'usagers en santé mentale. Une chose me frappe : on a l'impression que tout est fait pour s'occuper d'un exclu type. Celui qui ne serait pas typique ne serait pas pris en compte. Voilà 15 mois que je me rends dans différents centres d'hébergement d'urgence. J'ai le sentiment d'avoir rencontré uniquement des cas qui n'étaient pas typiques.

Comment se fait-il qu'il n'y ait aucune coordination avec les aspects juridiques de l'exclusion et du déni de droits ? Des personnes se retrouvent à la rue parce qu'on a nié leurs droits fondamentaux. Et dans la rue, les droits fondamentaux ne sont pas respectés non plus. L'urgence des problèmes juridiques n'est pas prise en compte. Aucune priorité n'est donnée en la matière. Tant qu'une plainte n'est pas traitée, rien n'est fait, aucune aide juridictionnelle n'est apportée. Sans compter que lorsque l'on vit à la rue, on ne peut pas conserver ses affaires – on perd ses papiers, mais aussi les preuves dont on a besoin pour étayer sa plainte, le cas échéant.

Les assistantes sociales ne bénéficient d'aucun conseil juridique. Pourtant, la coordination devrait être totale dans ce domaine aussi. Il convient de traiter les raisons pour lesquelles les personnes se retrouvent à la rue, pas uniquement les symptômes.

Annick DEVEAU

Dans tout problème d'exclusion, effectivement, il convient de prendre en compte la situation dans sa globalité. Vous évoquez un sujet que nous n'avons pas abordé aujourd'hui, qui est celui de l'aide juridictionnelle. Le SRAHI vise à mettre en cohérence des aspects évidents comme le logement, l'emploi, la formation et la santé – mais vous avez raison d'ajouter cet aspect complémentaire.

Joëlle MORGAT, assistance sociale dans un CHU

Vous considérez qu'il faut aider le 115 à accomplir ses missions : mais quelles sont ces missions, précisément ? Quel lien peut-il y avoir entre ces missions et les données collectées par les écoutants ?

Par ailleurs, vous avez évoqué les manques de constructions nouvelles de logements. Quelles sont les prévisions en matière de construction de centres d'hébergement ?

David DUPUY

En tant qu'administration sanitaire et sociale, nous sommes compétents en matière d'hébergement, mais nous n'avons pas compétence sur la problématique du logement en tant que telle. Pour autant, nous ne pouvons pas taire le sujet du logement dans notre schéma. Cette problématique est, en effet, en lien direct avec celle de l'hébergement. Elle relève de la compétence des directions régionale et départementales de l'équipement.

Christiane PERNET

Le logement est l'une des priorités du PASER (Plan d'Action des Services de l'Etat Régionaux). Par ailleurs, le PDALD (logement pour les défavorisés) continue à être co-présidé par le préfet et le président du conseil général. Il devrait normalement y avoir une liaison entre PDALD et SDAHI. De fait, les projets relatifs à la construction de CHRS ne concernent pas le schéma régional, mais les schémas départementaux. Tous les départements d'Ile-de-France ont des projets, actuellement. Pour autant, les choix sont arbitrés au niveau national.

Stéphanie FARGE

Concernant les missions des 115, la question est loin d'être tranchée. Nous avons élaboré un projet de cahier des charges voilà deux ans, en coordination avec les huit DDASS et les huit 115 de la région. Nous proposons un certain nombre de places en gestion directe pour les 115 afin que ces acteurs puissent assurer leur mission d'accueil et d'orientation.

Christiane PERNET

Avoir des places dédiées n'est pas incompatible avec la mission de fédération entre associations, bien au contraire. Il faudra même, à l'avenir, coupler les deux. Aussi avons-nous retenu l'idée d'un pourcentage minimal de places pour le 115. Si le 115 n'a pas de places, il ne peut pas intervenir.

Patrick ROUYER, Emmaüs

C'est vous qui avez conduit le 115 là où il est aujourd'hui.

Par ailleurs, *quid* des accueils de jour et du travail dans la rue ? Dédiez-vous ces actions aux régions ou aux communes, les passez-vous en pertes et profits ? Vous n'en avez rien dit.

Christiane PERNET

Nous n'avons pas le temps d'aborder tous les sujets cet après-midi. Nous disposons d'un temps limité de parole. Les accueils de jour ont largement progressé, y compris ceux qui sont ouverts la nuit en période de très grand froid. Certains sont également ouverts l'été. Toutes les structures qui existent actuellement perdureront. Nous ne pouvions pas donner trop de détails.

Patrick ROUYER, Emmaüs

S'il s'agit d'accueils de jour ouverts la nuit, appelons-les accueils de nuit ! Ce n'est pas la même chose.

Christiane PERNET

C'est exactement la même chose – sauf qu'ils sont ouverts la nuit en plus du jour.

Patrick ROUYER

Il faut les définir autrement.

Christiane PERNET

Il faudra trouver une autre définition. Mais il est plus urgent d'ouvrir ces accueils que de dissenter sur des points de vocabulaire, à mon sens.

De la salle

Le vocabulaire n'est pas du détail, bien au contraire ! Il est important de faire preuve de la plus grande rigueur en la matière.

Christiane PERNET

Nous n'avons pas encore trouvé de nom pour ces centres. Nous attendons vos suggestions.

De la salle, assistante sociale

L'articulation entre les permanences d'accès aux soins de santé, le SROS et la psychiatrie est un point très intéressant. La disparité est forte selon les territoires et les secteurs envisagés – notamment les territoires frontaliers de la grande couronne. La Seine-et-Marne, en particulier, compte de grands territoires déserts en termes de bassin d'emploi et de transports. L'insertion n'y est donc pas possible. On parle des CHR et des CHU, mais je souhaite avoir une pensée toute particulière pour mes collègues des PASS, qui font beaucoup pour les personnes en précarité. La souffrance psychique est très forte, dans l'urgence.

Stéphanie FARGE

La prise en compte du volet psychiatrique est désormais une réalité. Dans le cadre du SROS III, un groupe de travail « psychiatrie et précarité » a été mis en place. Il s'agit d'une question de moyens, mais aussi d'une question de volonté politique.

Monsieur FILLION, Val-de-Marne

Vous souhaitez passer de l'accès aux droits à l'accès à la santé. Intégrez-vous le volet nutrition *via* le PNNS dans votre dispositif ?

Annick DEVEAU

Oui, de même que le programme « cancer » ou encore le programme « addictions ». Les cinq grands programmes nationaux existants restent d'actualité. Je rappelle en outre que la loi de santé publique définit 104 objectifs. Il s'agit de déterminer ce que seront les stratégies d'action dans les différentes régions, à partir d'un diagnostic partagé. A cet égard, la DRASS a produit plusieurs fiches techniques. Nous avons, en outre, recensé les actions déjà engagées et dressé un premier bilan.

La conférence de santé publique se tiendra en 2005. En 2006, des actions pluriannuelles seront élaborées. Nous sommes actuellement dans une période de transition. Nous devons avoir le souci de l'efficacité sur du moyen ou du long terme.

La cohérence et la convergence des stratégies permettront de pallier la dispersion des actions ponctuelles. La démarche de santé publique n'est plus une démarche isolée des acteurs de santé. Elle est en lien direct avec les questions de logement, par exemple. Le programme de cohésion sociale ou celui de santé publique obligent désormais à la mobilisation de tous les acteurs.

Michel CASTELLAN

Je vous remercie. Si vous n'avez pas d'autres questions, je vous propose de clore cette rencontre.

CONCLUSION

Annick DEVEAU

Je tiens à remercier Michel CASTELLAN, l'équipe de la MIPES et celle la FNARS pour avoir organisé cette demi-journée de réflexions et d'échanges. Nous savons tous le travail remarquable que conduit la MIPES, un travail de mise en cohérence des sources statistiques et des études que nous produisons chacun de notre côté. Permettez-moi, au nom de la DRASS, de vous remercier. Je salue tout particulièrement Annie MENDEZ et Angèle BIANZANI.

Je remercie également la délégation régionale de l'INSEE – et tout particulièrement Thérèse FERRÉ qui est intervenue cet après-midi. La production de données prend plus de sens dès lors que l'on met ces données en commun et que l'on en discute.

Je remercie enfin les collaborateurs de la DRASS et des services, notamment Patrick THIERRY et toute l'équipe du pôle social, ainsi que Christiane PERNET, DDASS de Seine et Marne.

