



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

IASS 2000-2002

Date du Jury : : 4, 5 et 6 mars 2002

**UNE DEMARCHE D'AIDE AUX S.D.F.
FORTEMENT MARGINALISES : DU
TRAITEMENT DE L'URGENCE A
L'AMORCE D'UN ACCOMPAGNEMENT
SOCIAL DURABLE**

Michaël DE PAIX DE COEUR

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LE PHÉNOMÈNE S.D.F. ENTRE MARGINALITÉ SOCIALE ET PAUVRETÉ MATÉRIELLE : L'HÉTÉROGÉNÉITÉ D'UN PUBLIC DIFFICILE À OBSERVER	3
1.1 le public dont il est question : une grande hétérogénéité mais quelques caractéristiques communes	3
1.1.1 le manque de connaissances précises sur le monde de la rue	3
1.1.2 les représentations sociales du SDF	5
1.1.3 approche des causes initiales de l'exclusion sociale du SDF	8
1.2 les principaux facteurs du handicap social du SDF fortement marginalisé.	10
1.2.1 la transformation des modèles éthiques et sociaux auxquels les SDF ne peuvent ou ne veulent s'adapter : la question de la motivation sociale	11
1.2.2 les handicaps physiques et matériels multiformes	12
1.2.3 la reproduction de la pauvreté : les processus d'exclusion	14
1.3 le décalage entre l'absence de vision de l'avenir du SDF fortement marginalisé et l'offre d'insertion proposée par la société	17
1.3.1 le réalisme des SDF dans la formulation de leurs besoins	18
1.3.2 l'aide sociale comme le reflet des valeurs véhiculées par la société	19
1.3.3 entre exclusion et intégration : la nécessité d'un cheminement	20
2 - LES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION D'UN DISPOSITIF D'AIDES DIVERSIFIÉ MAIS COMPLEXE : LA QUESTION DE L'ARTICULATION DES DIFFÉRENTES LOGIQUES D'INTERVENTION	23
2.1 la distorsion entre traitement de l'urgence et aide à l'insertion durable	23
2.1.1 les concepts	23
2.1.2 enjeu de l'intégration du SDF fortement marginalisé dans son environnement économique et social	25
2.2 les différentes dimensions de l'aide sociale	26
2.2.1 aide sociale et action sociale : une construction historique à l'aune des principes de justice sociale	26
2.2.2 l'empilement des dispositifs	29
2.3 l'articulation des différentes logiques d'intervention	34
2.3.1 le jeu des acteurs de l'intervention sanitaire et sociale	35
2.3.2 cohabitation de logiques multiples : cadres institutionnels et aspects organisationnels	37

3 - LE NÉCESSAIRE APPROFONDISSEMENT DE LA DÉMARCHE	
D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PSYCHOLOGIQUE DURABLE DU S.D.F.	
FORTEMENT MARGINALISÉ	40
3.1 la réaffirmation des principes généraux qui fondent la légitimité de l'action	
publique envers les SDF fortement marginalisés	40
3.1.1 la solidarité pour renforcer la cohésion sociale	40
3.1.2 la dignité par l'accès aux droits.....	42
3.2 la permanence de la dimension individuelle du travail social au profit de	
l'amorce d'une visualisation d'un projet individuel	44
3.2.1 la restauration d'une relation durable avec la personne suivie au cœur de la	
relation entre le SDF et le travailleur social.....	44
3.2.2 l'accentuation de l'approche globale et individualisée du traitement de l'ensemble	
des problèmes du SDF fortement marginalisé	47
3.3 la mise en cohérence de l'ensemble du dispositif d'aide aux SDF	49
3.3.1 le positionnement des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales	50
3.3.2 les enjeux d'une coordination efficace : un partenariat renforcé et cohérent	52
3.3.3 les outils d'évaluation et de suivi.....	55
CONCLUSION	58
REMERCIEMENTS	60

Liste des sigles utilisés

S.D.F. : Sans Domicile Fixe	D.D.T.E.F.P. : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et de la Formation Professionnelle
A.I. : Association Intermédiaire	D.E.T.R.E.S. : DEtection et TRaitement de l'Exclusion Sociale
A.L.S. : Allocation Logement Sociale	D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
A.L.T. : Allocation Logement Temporaire	D.S.S. : Direction des Services Sociaux
A.P.I. : Allocation de Parent Isolé	D.U.D.H. : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
A.P.L. : Allocation Personnalisée pour le Logement	E.I. : Entreprise d'Insertion
A.S.L.L. : Accompagnement Social Lié au Logement	F.A.J. : Fonds d'Aide aux Jeunes
A.R.S.A. : association d'Accueil et de Réinsertion Sociale des Adultes	F.N.A.R.S. : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
A.S.I. : Appui Social Individualisé	F.S.L. : Fonds Solidarité Logement
A.S.S. : Allocation de Solidarité Spécifique	L.C.E. : loi de Lutte Contre les Exclusions
C.A.D.A. : Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile	P.A.I.O. : Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
C.A.F. : Caisse d'Allocation Familiale	P.A.P. : Projet d'Action Personnalisé
C.A.O. : service de Coordination, d'Accueil et d'Orientation	P.A.P./N.D. : Programme d'Action Personnalisé/Nouveau Départ
C.A.V.A. : Centre d'Adaptation à la Vie Active	P.A.R.E. : Plan d'Aide au Retour à l'Emploi
C.A.S.U. : Commission de l'Action Sociale d'Urgence	P.A.S.S. : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale	P.D.A.L.P.D. : Plan Départemental d'Accès au Logement pour les Personnes Défavorisées
C.H.R.S. : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	P.D.I. : Programme Départemental d'Insertion
C.L.I. : Commission Locale d'Insertion	P.R.A.P.S. : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
C.E.S. : Contrat Emploi Solidarité	P.R.S. : Programme Régional de Santé
C.I.E. : Contrat Initiative Emploi	R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion
C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	S.A.A.S. : Service d'Accueil, d'écoute, d'orientation et d'Accompagnement Social
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales	T.R.A.C.E. : TRajet d'ACCès à l'Emploi
D.D.E. : Direction Départementale de l'Équipement	
D.D.I.S.S. : Direction Départementale des Interventions Sanitaires et Sociales	
D.D.H. : Déclaration des Droits de l'Homme	

INTRODUCTION

« Tout est intéressant pourvu qu'on le regarde assez longtemps » : cette maxime de Flaubert, au premier abord très banale, prend tout son sens si nous voulons bien l'appliquer au phénomène durable de la vie dans la rue. Dans notre société moderne, tout problème qui ne se voit pas, qui n'est pas dénoncé ou qui n'occupe pas l'espace médiatique, se trouve rapidement relégué au bas de l'ordre des questions prioritaires à résoudre. Or, une fois passées les rigueurs de l'hiver et géré l'impact en termes d'image de l'occupation de l'espace public par les S.D.F. en période estivale et touristique, la question sociale des S.D.F. fortement marginalisés reste en suspens. Le regard des pouvoirs public sur cette population ne serait-il que trop ponctuel et dépourvu de vision de long terme eu égard à la permanence du phénomène des S.D.F. fortement marginalisés ?

La résorption récente, quoique partielle, de la nouvelle pauvreté apparue avec la précarisation des victimes de la longue crise économique des trois dernières décennies n'a fait qu'occulter la question du traitement des difficultés inhérentes à la situation d'extrême pauvreté des SDF fortement marginalisés.

La région Basse-Normandie reste largement concernée par le problème. A dominante rurale, 46,8 % de ses habitants résidaient dans des communes rurales (contre 23,6 % au niveau national) en 1990¹. La répartition de sa population de 1 422 436 habitants² se caractérise par une concentration de près de la moitié des Bas-Normands dans le Calvados (à 45,6 %). Le Département du chef-lieu de région est le seul à enregistrer une progression significative de sa population depuis 1990 (de 4,8 %), et contribue à la légère augmentation de 2,2 % au niveau régional (contre 3,3 % au niveau national). Le poids des personnes âgées de plus de 65 ans et des femmes y est supérieur que sur le plan national (respectivement 18,3 % et 56,35 % contre 16,7 % et 48,7 %). L'INSEE dénombrait 52 000 familles vivant sous le seuil de pauvreté de 3 734 francs par mois et par unité de consommation soit 116 000 personnes. Il s'agit de bénéficiaires de revenus minima de solidarité pour la moitié de ces foyers (RMI, API, AAH) mais aussi de familles disposant de revenus d'activité réduite ou d'allocations chômage. Les foyers de la CAF touchés de précarité financière sont surtout des personnes seules (47 %) et des familles monoparentales.

Or, une partie de la population bas-normande, plus ou moins mouvante, dépasse cette situation de précarité en termes d'état de pauvreté sans être réellement bien connue des institutions.

¹ Données du recensement de 1990

² données du recensement de 1999

En 1985, le Conseil Economique et Social chargeait l'abbé Robert Wrésinski d'élaborer « de nouvelles propositions au delà des secours d'urgence nécessaires mais ponctuels pour essayer d'apporter de véritables solutions cohérentes, globales et prospectives aux problèmes considérés ». Son rapport a joué un rôle unanimement reconnu dans la relance de la lutte contre la pauvreté au niveau étatique depuis l'élaboration de la loi du 1^{er} décembre 1988 instaurant le RMI jusqu'à la présentation récente du plan national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Aussi, la mutation des politiques sociales bouleverse les pratiques mais aussi les fondements même du champ social. A partir de cette remise en cause salutaire, il convient de relancer la lutte contre la pauvreté absolue et matérielle qui touchent les personnes les plus refoulées de la société mais aussi les moins accessibles que sont les SDF fortement marginalisés afin d'apporter une réponse dans la durée.

Les interrogations restent nombreuses quant à l'apport de cette réponse durable.

Pourquoi ce public échappe encore aux mailles du dispositif de réhabilitation sociale alors que l'aide d'urgence multiplie ses formes d'intervention et que l'insertion observe la diversification des mesures et la montée en charge des plans la concernant ? Quelle signification, quel sens doivent revêtir cette insertion pour répondre véritablement et durablement aux besoins et aspirations sociales des SDF ancrés dans la marginalité ? Dans quelle mesure l'Etat peut-il effectivement mettre en œuvre une politique de lutte contre l'exclusion sociale qui restaure durablement un semblant de dignité aux SDF ? Sur quels aspects de leur condition faut-il agir concrètement et concentrer les efforts ? Avec quels partenaires les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales doivent-ils renforcer leur collaboration pour atteindre cet objectif ? Quelle place doivent-ils occuper et quel rôle leur incombe au sein de ce partenariat ? Quels pans du dispositif faut-il réajuster et adapter aux spécificités locales ? Quels types de mesures sont à prioriser ? A quel niveau territorial d'intervention ?

Pour tenter de répondre à cet ensemble de questions il convient, dans un premier temps, de mieux cerner l'ampleur actuelle du phénomène de la « vie dans la rue », par l'observation des conditions d'existence qu'elle implique et leur vécu par les gens de la rue, mais aussi par l'étude de la perception de ce public par le reste de la population, et de la teneur des relations établies ou non avec les intervenants de l'aide sanitaire et sociale. Dans un second temps, nous dégagerons les atouts et les limites du dispositif de lutte contre la pauvreté mis en place actuellement en Basse-Normandie quant à sa capacité à offrir une réponse sociale et sanitaire adéquate et durable aux SDF fortement marginalisés. Enfin, nous essaierons de tracer quelques pistes d'évolution et d'adaptation possibles.

1 - LE PHENOMENE S.D.F. ENTRE MARGINALITE SOCIALE ET PAUVRETE MATERIELLE : L'HETEROGENEITE D'UN PUBLIC DIFFICILE A OBSERVER

Afin d'établir un début de diagnostic sur l'état des besoins, il convient d'appréhender le public considéré dans la diversité des parcours, à travers les déterminants de sa marginalisation sociale et en prenant compte de leur vision de l'avenir.

1.1 LE PUBLIC DONT IL EST QUESTION : UNE GRANDE HETEROGENEITE MAIS QUELQUES CARACTERISTIQUES COMMUNES

Les investigations en Basse-Normandie confirment l'hypothèse selon laquelle l'ampleur du phénomène de vie dans la rue n'est qu'imparfaitement mesurée du fait du moindre intérêt porté par la population et ses représentants à la problématique des SDF fortement marginalisés. L'appréhension de cette problématique repose davantage sur des représentations sociales que sur une véritable connaissance des réalités concrètes de la survie prolongée dans la rue et des causes profondes explicatives des comportements adoptés dans un contexte particulier d'existence.

1.1.1 le manque de connaissances précises sur le monde de la rue

L'effet Hawthorne qui postule la forte propension de l'acte d'observation à modifier le phénomène observé est quasiment inexistant en ce qui concerne le phénomène de vie prolongée sans domicile fixe. En effet, les sources d'observation sont non seulement rares mais aussi parcellaires et donc difficilement exploitables malgré quelques progrès notables constatés sur le terrain.

Ainsi, le rapport de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion témoigne de l'exclusion des SDF (y compris les personnes hébergées en institution) dans l'évaluation de la pauvreté monétaire (niveau de revenus en deçà d'un seuil donné). De même, l'indicateur de pauvreté administrative ne permet pas de prendre en compte les publics qui pour des raisons diverses ne bénéficient d'aucun minimum social. Les personnes SDF sont souvent

absentes des données statistiques de recensement car dépourvues de papiers et non répertoriées dans les fichiers.

C'est pourquoi, avant même de tenter d'évaluer le niveau de pauvreté matérielle de la population SDF fortement marginalisée, il convient déjà d'essayer d'estimer leur nombre.

Les chiffres émanant des autorités publiques sur l'estimation de la population SDF en France datent, pour la plupart de près de dix ans :

Estimation	Titre de l'étude	Date de publication	Destinataire de l'étude
250 000 SDF	La grande exclusion sociale	1993	Ministère des affaires sociales
670 000 sans-abri	Laissés pour compte : profil des sans-abri en Europe	1993	Commission des Communautés européennes
De 200 à 500 000 sans-logis	Les sans-logis	1993	Conseil de l'Europe

Jacques Bordonne évalue à 200 000 le nombre des sans-abri, dont 100 000 SDF, 50 000 personnes hébergées dans des abris de fortune et 50 000 personnes en centre d'urgence³.

Le chiffre de 200 000 souvent avancé dans les discours officiels ne revêt aucune valeur scientifique et révèle encore davantage la méconnaissance de l'ampleur du phénomène par les décideurs nationaux.

Les données régionales sont également encore largement insuffisantes et très disséminées. Dans l'Orne, le rapport d'activité de la veille sociale en 2000 dénombre 85 « personnes itinérantes » regroupant les SDF sédentaires et les routards ayant effectué un passage parmi les différents centres d'accueil. D'une moyenne d'âge de 53 ans, ils privilégient les lieux d'accueil d'urgence ruraux gérés par les bénévoles et « évitent les structures offrant un accompagnement social »⁴. Dans le Calvados, les données sont disparates. Le service « extrême urgence », gestionnaire du 115 constate l'explosion du nombre d'attribution de nuitées d'hôtel qui a presque doublé entre 1999 et 2000 (de 2 183 à 4 115)⁵. Fin novembre

³ Dans le *Guide des politiques locales d'insertion*, édition Dunod, 1999

⁴ Données de l'ARSA (association Accueil Réinsertion Sociale des Adultes), gestionnaire du 115 et du dispositif de veille sociale

⁵ rapport annuel d'activité de l'AAJB (Association des Amis de Jean Bosco)

2001, le nombre d'étrangers demandeurs d'asile ou en situation irrégulière est estimé dans une fourchette allant de 300 à 600 personnes. L'association Le Trait d'Union, seule à réaliser officiellement des interventions sociales directement dans la rue sur la place de Caen, compte 61 personnes bénéficiaires d'actions d'accompagnements liés à l'hébergement. Sur 178 personnes rencontrées dans la rue en 2000, 24 ne touchaient aucun revenu régulier (jeunes ou étrangers dans l'attente d'un statut), 82,5 % étaient des hommes, 56,7 % avaient entre 36 et 60 ans, généralement ancrés dans la rue depuis longtemps. Quant à la Manche, elle ne dispose pas de cellule d'accueil et d'orientation pour les personnes en errance. Elle ne recense qu'environ 300 réelles demandes d'accueil passées par le 115⁶.

L'observation d'un public caché, mouvant et vivant dans des conditions matérielles et psychologiques extrêmement difficiles reste un défi. La détermination de critères homogènes de repérage des caractéristiques de vie (revenus, situation sanitaire, niveau de scolarisation, habitudes de déplacements, occupation du temps journalier) doit reposer sur la consultation des acteurs les plus fréquemment à leur contact. Une uniformisation des critères au niveau régional peut s'effectuer sous le pilotage de la DRASS et l'appui technique de l'Observatoire Social Régional, actuellement en cours de mise en place et permettre le traitement et l'analyse des informations. L'obstacle majeur à franchir pour atteindre la faisabilité de la mise en place d'un tel dispositif de veille sociale concernant la population SDF demeure le recueil des informations. En effet, il s'agit, non seulement d'accéder physiquement à ce public mais aussi de capter leur confiance afin de disposer de données qualitatives sur leurs conditions de vie suffisamment fiables.

L'imperfection du dispositif d'observation du phénomène de marginalisation dans la rue justifie la référence aux travaux qui tentent de le représenter et de le situer socialement en posant des jalons de repérage.

1.1.2 les représentations sociales du SDF.

La conception et la mise en œuvre d'un dispositif pertinent et cohérent de lutte contre la l'extrême pauvreté dont souffrent les SDF fortement marginalisés doit s'inscrire dans un processus d'intégration des évolutions des représentations de la grande pauvreté qui en légitiment les efforts à consentir. La prise de repères dans le regard porté au monde de la

⁶ La gestion du 115 est assurée par le CHRS « La Villa Myriam » de Saint-Lô.

pauvreté permet d'en mieux dégager les actions prioritaires à mener au profit d'un public bien ciblé par souci d'efficacité.

L'étude de la terminologie employée a de l'importance pour analyser la mentalité sociale. Une mise en perspective historique permet de s'en rendre compte. Ainsi, dès le Moyen Age, se dégagait la volonté de traiter différemment les pauvres honteux ou handicapés des indigents valides mendiants et vagabonds. Les premiers, jetés dans la pauvreté à cause d'événements malheureux et subis, bénéficiaient d'une certaine mansuétude et de la pitié de la part du reste de la population. En revanche, le vice de la paresse et l'improductivité économique étaient souvent reprochés aux seconds dont la situation était largement perçue comme choisie et dégradante. L'ancien Code pénal de 1810 condamnait à l'emprisonnement les « vagabonds » dépourvus de « moyens de subsistance et qui n'exercent habituellement ni métier ni profession » (articles 269 et 270)⁷. Selon l'importance estimée de ces catégories la politique menée oscillait entre assistance et répression, enfermement et refoulement. Ce double regard stigmatise notamment l'absence de travail de ces populations pauvres.

Souvent, absence de travail stable et défaut de lieu d'habitation permanent se combinent avec ce même effet de stigmatisation.

La première médiatisation des affres de l'hiver et de ses effets mortels sur les pauvres sans toit, par l'abbé Pierre en 1954, ont sensibilisé l'opinion publique sur la situation des « sans-logis » alors que l'appellation de « sans-abri » désignait déjà, au sortir de la seconde guerre mondiale, les victimes d'une catastrophe. Si dès le XIXème siècle, il est fait mention de l'appellation de « sans domicile fixe », le terme de « SDF » s'impose dans les années quatre-vingt pour désigner les personnes sans résidence stable ni domicile de secours.

De nouvelles notions situent le pauvre dans un positionnement social. Par l'introduction de la notion de « précarité », susceptible d'atteindre tout le monde en une période d'aggravation de la crise économique, le père Wrésinski entendait intéresser le plus large public possible par la lutte contre la grande pauvreté⁸. Il désigne, alors, le phénomène d'« absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes d'assurer leurs obligations...et de jouir de leurs droits fondamentaux. » Cette insécurité peut être la cause d'une chute dans la « grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible. » Déjà en 1974, René Lenoir nous alertait sur la montée du nombre des « exclus » du progrès économique et du partage des bénéfices⁹. Robert Castel met davantage l'accent sur l'attitude de mise en rupture par

⁷ le nouveau Code pénal n'est entré en vigueur qu'au 1^{er} mars 1994

⁸ dans son rapport présenté au conseil économique et social en 1987

⁹ dans son ouvrage Les Exclus, un Français sur dix.

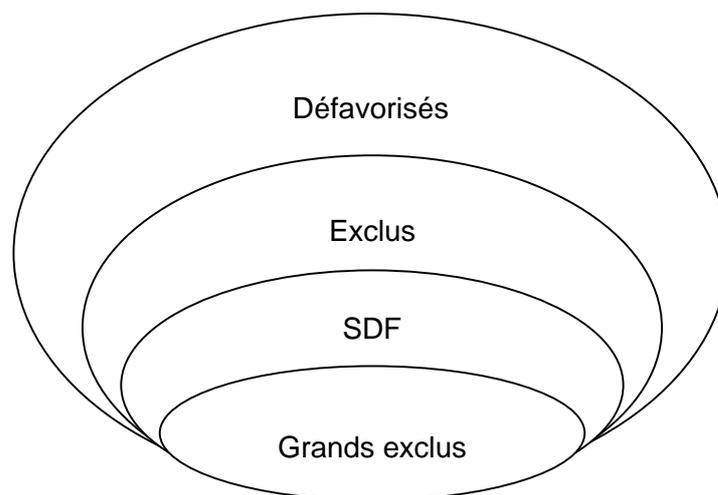
rapport à un système et une communauté d'origine, une « marginalité » qui fait du « marginal » un désaffilié.

Il semble plutôt que la marginalité des SDF ancrés dans l'extrême pauvreté serait la conséquence d'une « marginalisation » émanant plus ou moins volontairement du reste de la population qui rejette et refoule la grande « misère », en tant que condition pitoyable et malheureuse à laquelle elle ne veut s'associer.

Schématiquement, en fonction du degré d'exclusion sociale, quelques grandes catégories de personnes pauvres et marginalisées peuvent être dégagées selon Alexandre Vexliard¹⁰ (cf. schéma de la page suivante). Le groupe des SDF fortement marginalisés correspond à la catégorie des « grands exclus » représentée par Vexliard.

SCHEMA DE REPRESENTATION DES CATEGORIES DE PERSONNES DEFAVORISEES (A. VEXLIARD)

:



Une approche comportementale conduit à distinguer le public en fonction de ses habitudes ou particularités de déplacements. L'espace de vie du SDF « clochard sédentaire » est circonscrit à une ville ou à un secteur géographique de quelques kilomètres de circonférence alors que le « routard » est un SDF nomade très mobile et sans lieu d'attache apparent qui aime à parcourir de longues distances. L'image du routard sympathique portant son sac à dos qui vous sollicite en stop et vous agrémente de ses souvenirs de voyage tend à s'estomper. L'« errance » pointe davantage l'absence de but précis de ces personnes, souvent des jeunes, qui errent au gré des festivals musicaux, des rencontres et des possibilités de partir n'importe où par le moyen d'un voyage en train volé en fraude.

¹⁰ auteur de nombreux ouvrages sur le phénomène de clochardisation dont : Le Clochard, édition Desclée de Brouwer, 1957 et Introduction à la sociologie du vagabondage, édition Marcel Rivière, 1956

L'errance pointe également du doigt le désert moral et le vide de projet de ces jeunes qui voguent de « galères en galères. » Les « anciens de la rue » cohabitent assez mal avec ce nouveau public de poly toxicomanes, qui mélangent alcool, médicaments drogues en tout genre, comportements violents imprévisibles et séquelles psychiatriques. Ils les surnomment les « HP » (hôpital psychiatrique), notamment du fait de leurs passages plus ou moins imposés en centre hospitalier spécialisé (CHS).

Les changements opérés dans la structuration des rapports culturels, familiaux ont aussi modifié la carte du monde de la rue : la présence de femmes y est plus fréquente, même si elles demeurent encore largement minoritaires ; l'accélération des flux migratoires conduit à l'occupation de plus en plus importante de l'espace de la rue par des populations étrangères qui fuient l'insécurité provoquée par des situations économiques ou politiques dégradées dans leur pays d'origine.

Il est difficile d'évaluer le temps de survie dans la rue à partir duquel la trop forte marginalisation peut être considérée comme la donnée principale à prendre en compte avant de définir toute action inscrite dans la durée, sachant qu'un an de rue peut déjà laisser des traces profondes.

Le « SDF fortement marginalisé » considéré sera toute personne sans résidence stable ni régulière, dépourvu d'attache sociale et familiale suffisamment solide au regard des normes reconnues par la majeure partie de la population, qui occupe l'espace public dans des conditions matérielles et morales d'existence non conformes au respect de la dignité humaine, et qui contribuent à son exclusion de toute vie sociale normale et à l'ancrer durablement dans la marginalité.

Les représentations sociales du SDF fortement marginalisé souffrent souvent de l'omission de la prise en compte des parcours personnels et aboutissent au comportement d'exclusion. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'examiner les causes initiales d'exclusion sociale des personnes devenues durablement SDF.

1.1.3 approche des causes initiales de l'exclusion sociale du SDF

Pour mieux comprendre le phénomène d'ancrage dans la grande pauvreté, il convient de recenser les principaux facteurs de marginalisation sociale qui tiennent, d'une part, à la survenance d'événements accidentels imprévus, et d'autre part, à la difficulté de s'adapter à des évolutions sociales, culturelles et techniques structurelles.

Généralement, un événement dommageable notable est intervenu au milieu du parcours entamé par la personne qui va catalyser le basculement dans un processus de déconstruction sociale.

Cet événement de rupture sert de point de repère comme point de départ d'un itinéraire de chute dans la pauvreté. Les événements sociaux déclencheurs récurrents sont le divorce et la perte de l'emploi. En parlant de son divorce, quelqu'un évoque : « une grande crise de déprime...je ne m'en suis jamais remis. » La perte du soutien affectif principal génère souvent des conséquences difficilement réparables en termes de chute de la motivation et de risque de dépression. De même, le licenciement est souvent la cause de la perte des conditions essentielles d'organisation de la vie personnelle permettant l'accès aux biens économiques et sociaux et aux relations identifiés comme correspondants à l'équilibre du projet de vie entamé. Divorce ou séparation de l'être cher et perte du travail se combinent souvent, en tant qu'événement-cause et événement-conséquence (ou inversement) pour précipiter la personne dans l'engrenage de l'exclusion. Ainsi, Durkheim s'opposait au divorce et était favorable aux corporations professionnelles pour garantir la pérennité du lien social.

Parfois, l'accident de santé est à l'origine de la rupture du projet de vie. Il peut s'agir d'un handicap originel devenu impossible à supporter au bout d'un certain temps d'affrontement des contraintes imposées par le rythme de vie inhérent au milieu social d'existence. Il conduit alors à un décrochage par rapport à l'entourage qui évolue sans le poids supplémentaire du handicap à surmonter. Ainsi, quelqu'un parlera de l'impossibilité de suivre un horaire de travail à cause de son épilepsie.

Cependant, des facteurs structurels plus profonds et moins visibles constituent des déterminants tout aussi importants.

L'évolution de la composante familiale en est un. Le desserrement des liens avec les composantes de la « grande famille » (cousin(e)s, oncles et tantes, aïeuls) réduisent le panel des solidarités familiales. L'intégration des éléments de la famille recomposée pose des difficultés d'adaptation sociale et culturelle sources de risques de conflits fondés sur l'incompréhension mutuelle. Il s'agit notamment de la difficulté à accepter le « beau-père » ou la « belle-mère » dès le plus jeune âge, de cohabiter avec les « demi-frères » et les « demi-sœurs. » La prise d'indépendance de la femme provoque, en cas d'échec, une exposition au risque de se retrouver « à la rue », ne serait-ce que pour échapper à la violence ou la maltraitance conjugale.

L'exigence de mobilité professionnelle découlant des mutations économiques mondiales constitue également un facteur d'instabilité. La reconversion peut paraître insurmontable à des personnes peu qualifiées qui n'avaient connu qu'un seul type de tâches à accomplir, qu'un lieu d'exercice du travail, qu'un noyau de relations sociales (souvent identifiées aux relations de travail). En outre, les contraintes matérielles imposées par des obligations de

déménagement et les adaptations psychologiques à opérer pour s'adapter à un éventuel nouveau cadre de vie sont autant d'obstacles supplémentaires à franchir.

Pour les populations immigrées, le barrage de la langue, la position d'attente à l'égard de la situation administrative (réfugié, demandeur d'asile, attente de naturalisation, résidence temporaire régularisée ou non), l'effort d'intégration à engager compliquent la démarche de resocialisation dans un environnement nouveau. La perte d'identité culturelle, le rejet par les relations du pays d'origine ou le nouvel environnement social sont autant de facteurs de découragement et d'exclusion sociale. En ce qui concerne les SDF issus des familles défavorisées, le risque de reproduction de comportements jugés socialement néfastes est considérable. Ils concourent alors également à augmenter le risque de reproduire une grande pauvreté. Pierre Bourdieu estime que « le système d'enseignement très abstrait, très axé sur la culture, valorise mal les qualités d'intelligence des enfants des familles pauvres qui s'exprimeraient mieux dans un enseignement plus concret, plus proche de la réalité vécue et qui privilégierait la maturité au lieu de la culture ».

Il arrive souvent que causes profonde et événements ponctuels de rupture interagissent pour creuser la fracture entre une personne devenue vulnérable un environnement social qui pense ne plus avoir besoin de ses services pour avancer.

Le public des SDF, méconnu, parfois prisonnier de l'image qu'il véhicule, est hétérogène dans les trajectoires qui le conduisent à la marginalisation et à l'entrée durable dans la grande pauvreté. Par contre, le cumul des handicaps le rassemble dans la même extrême condition.

1.2 les principaux facteurs du handicap social du SDF fortement marginalisé

Le passage dans l'exclusion sociale peut n'être que temporaire. Le SDF fortement marginalisé se distingue par l'ancrage dans sa nouvelle condition de misérable. Cet ancrage peut résulter de l'adoption d'une nouvelle vision de la vie et de l'environnement social et éthique, du poids trop lourd des handicaps multiples ou des conséquences difficilement réversibles de l'itinéraire antérieur. Souvent, il en cumule tous ces aspects.

1.2.1 la transformation des modèles éthiques et sociaux auxquels les SDF ne peuvent ou ne veulent s'adapter : la question de la motivation sociale

Les transformations des modèles éthiques et sociaux interviennent comme une réplique aux changements survenus dans la réalité sociale.

Le phénomène de la pauvreté ne saurait être examiné en dehors du contexte social, des attitudes du reste de la société face aux démunis et de la perception socio-éthique des notions de réussite et d'échec matériel. Devant le manque de satisfaction des besoins matériels et sociaux élémentaires, le SDF évacue de ses préoccupations journalières la quête de l'épanouissement personnel et social. Il perd le sens des concepts de réussite ou d'échec ce qui le déconnecte de la réalité des préoccupations du plus grand nombre. Gilles, ancien SDF, témoigne de la « perte des valeurs morales : le sens du devoir, le civisme, le savoir-vivre, la famille, la patrie ».

De plus, la conscience du niveau de vie des autres définit l'ampleur du sentiment de pauvreté relative qui vient se greffer sur l'état de misère absolue : « est pauvre celui que les autres considèrent comme pauvre » nous indique Jean-Paul Sartre.

Ainsi, la hiérarchie des valeurs privilégiées par le SDF fortement marginalisé diffère de celle de la majorité de la population. Dans une société urbanisée où l'individualisme prédomine, le SDF, qui doute de ses repères et valeurs traditionnels (famille, classe sociale de référence), éprouve de grandes difficultés d'adaptation. Il subit de plein fouet la dépersonnalisation de son image, sous-tendue, paradoxalement, par cet individualisme exacerbé au milieu duquel il ne pense pouvoir jouer aucun rôle utile.

« C'est n'être bon à rien que de n'être bon qu'à soi » nous affirmait Voltaire, il y a plus de deux siècles. Cette maxime reste encore valable aujourd'hui. Le sentiment d'inutilité sociale inonde l'esprit du SDF et l'accable à un tel point qu'il ne lui semble même plus être bon pour lui-même. C'est ainsi toute conception du rôle social à jouer et des devoirs et récompenses valorisantes qu'ils génèrent qui disparaissent de ses considérations. Toute motivation sociale s'épuise avec les forces qu'elle mobilise habituellement. Ces oublis sont confortés par la place majeure prise dans l'esprit du SDF fortement marginalisé par les efforts nécessités pour la survie. Le poids psychologique grandissant de ces préoccupations quotidiennes et prosaïques contraste avec le vide spirituel entraîné par l'abandon des occupations sociales antérieures, désormais comblé par l'inactivité nouvelle moralement difficile à supporter et les moments de lutte pour la survie.

En dépit du temps disponible pour satisfaire les besoins physiques et matériels fondamentaux, le combat pour la survie s'avère ardu eu égard à l'ampleur des handicaps physiques et matériels accumulés.

1.2.2 les handicaps physiques et matériels multiformes

Le SDF fortement marginalisé concentre les handicaps physiques, psychiques, matériels, sociaux et sanitaires. Ils contrarient sa quête de satisfaction des besoins les plus élémentaires.

Les handicaps de santé peuvent constituer aussi bien l'origine des déboires de l'existence que des facteurs induits et aggravants de l'ancrage dans l'extrême pauvreté.

Invalidités survenues après un accident de la circulation, maladies microbiennes attrapées (cas du SIDA), constituent autant d'avatars qui peuvent entraîner la chute dans l'exclusion. Par surcroît, elles peuvent également apparaître au cours du parcours de vie dans la rue et devenir des causes de l'ancrage dans la pauvreté marginale. En effet, les contraintes de la vie dans la rue conduisent souvent à la négligence du respect des règles d'hygiène et de propreté les plus élémentaires multipliant, ainsi, les risques de contamination microbienne. Toux chroniques et ulcères variqueux s'attrapent facilement dans des environnements sanitaires insalubres, infestés de déchets, poux et autres puces, tels des squats confinés. Des habitudes de consommation alimentaire irrégulière et déséquilibrée aggravent les risques de contracter une maladie cardiovasculaire. Enfin, l'augmentation du nombre des conduites addictives des gens de la rue renforce le constat du risque élevé de développer une cirrhose du foie, une polynévrite, des crises de tétanie, ou de décéder par overdose suite à une surconsommation de drogue.

Ces handicaps physiques se conjuguent presque toujours avec des souffrances psychiques plus ou moins développées. Une enquête de Médecins du Monde de 1995 avait révélé que 85 % des personnes souffrant de maladie mentale qui avait eu recours à des consultations gratuites étaient des SDF¹¹. Certaines maladies mentales peuvent être survenues avant la plongée dans la pauvreté marginale et avoir été, en partie, la cause de l'exclusion sociale, parce que détectée trop tardivement et non traitée, ou encore restée dissimulée jusqu'à la perte de contrôle de ses effets. Pour certains individus, pauvreté, marginalité et souffrances mentales se combinent dès le plus jeune âge. Parfois, ces affections psychiques apparaissent au cours du processus de désocialisation, prenant la forme de névroses, voire de véritables psychoses obsessionnelles, comme autant de conséquences et manifestations

¹¹ sur 400 cas examinés.

d'une dégradation de l'image de soi chez le SDF et de la perte de tout objectif d'épanouissement personnel à poursuivre : « Quand on n'a pas de but on a goût à rien. » De plus, le regroupement des SDF entre eux, pour prévenir notamment les risques d'agression ou occuper le temps à partager des souvenirs plus ou moins enrichis par l'imagination, ne comble pas les lancinantes impressions de solitude intérieure. L'abbé Pierre, en observateur et acteur averti du monde de la rue ne rappelle-t-il pas régulièrement que la solitude est le mal de nos sociétés modernes. Elle ronge le moral du SDF, incité à ressasser dans sa tête les souvenirs douloureux à l'occasion des trop longs moments d'inactivité.

Matériellement, le SDF fortement marginalisé se distingue par le manque des biens les plus courants. Il survit le plus souvent avec des minima sociaux : RMI (2 608,50 francs mensuels pour une personne seule), allocation de solidarité spécifique (2 577 francs par mois), minimum vieillesse, allocation adultes handicapés (3 654,50 francs mensuels) et allocation parent isolé (4 393 francs pour les femmes seules avec enfant). Les montants de ressources sociales régulières se trouvent diminuées au maximum pour les demandeurs d'asile (allocation spécifique d'attente à partir de 1750 francs par mois) ou les étrangers réfugiés et les sortants de prison (allocation d'insertion mensuelle de 1816,60 francs). Elles restent inexistantes pour les jeunes de moins de 25 ans qui n'ont pas travaillé suffisamment pour prétendre à une indemnisation par le régime d'assurance chômage. Cette aide financière s'est améliorée depuis l'instauration du RMI qui consacre le droit à des conditions minimales d'existence mais elle ne permet pas la relance du SDF fortement marginalisé dans un véritable projet d'insertion. Ses compléments de ressources proviennent d'aides en nature (bons alimentaires, accès gratuit ou pour une somme modique aux vestiaires des associations caritatives), d'expédients gagnés en rendant de menus services (courses pour les commerçants voisins) et de la mendicité. La « manche » à la sortie des églises, près des distributeurs automatiques de liquidités ou sur les trottoirs des rues passantes n'occupent au mieux que quelques heures dans la journée. Le réseau relationnel privé d'aide permet d'atténuer l'effet de la fin de mois difficile surtout que le minimum social est souvent consommé dès la première semaine qui suit son encaissement. Il se convertit en boisson alcoolisée ou est racketté par les coreligionnaires les plus costauds et les moins pacifiques. Il est rare de rencontrer un SDF fortement marginalisé disposant d'un emploi stable dans le circuit économique normal. Ce fait constitue un des critères essentiels de sa marginalisation. L'autre critère majeur est l'absence durable de lieu d'habitation fixe. Réticent à intégrer un foyer dont il refuse les contraintes de la vie en collectivité, fuyant le climat de violence qui règne parfois dans les grandes structures d'accueil, il préfère dormir dans les recoins de cage d'escalier, les parcs publics ou les entrées d'immeuble. Il n'acceptera que ponctuellement un hébergement en centre d'accueil ou en foyer d'urgence durant quelques jours, au cours des mois d'hiver. Rares sont ceux qui effectuent des travaux saisonniers

(vendange, cueillette des cerises...) ou quelque « boulot au noir » comme la vente sur les marchés aux fruits et légumes. De fait, le poids psychologique de l'échec ressenti, le sentiment d'inutilité sociale, la perte du sens de l'effort et un fort découragement confortent le SDF fortement marginalisé dans l'inactivité. Cette inertie n'a pour autre conséquence que l'oubli de soi-même. L'absence de qualification aggrave le phénomène chez beaucoup d'entre eux pour lesquels la recherche d'emploi constitue un parcours du combattant bien plus périlleux que celui d'Hercule face à ses douze travaux. Il est malheureusement souvent voué à l'échec lorsqu'il est entrepris sans aucun soutien. Certains SDF aiment à conserver des objets divers, ramassés n'importe où au hasard de leurs errances dans la rue, sans pouvoir l'expliquer rationnellement : est-ce l'absence de tout qui incite à compenser le manque d'une image sociale à présenter dans l'étalage des attributs matériels d'une position sociale bien établie par la thésaurisation de bibelots insignifiants, ce qui laisse au moins l'impression d'exister ?

Le cumul de ses handicaps multiformes installe le SDF dans la marginalité et la pauvreté suivant un processus d'exclusion dont les étapes sont franchies plus ou moins rapidement en fonction des personnalités (plus ou moins accrocheuses) et des trajectoires traversées (expériences fâcheuses aggravantes ou positives freinant la dégradation).

1.2.3 la reproduction de la pauvreté : les processus d'exclusion

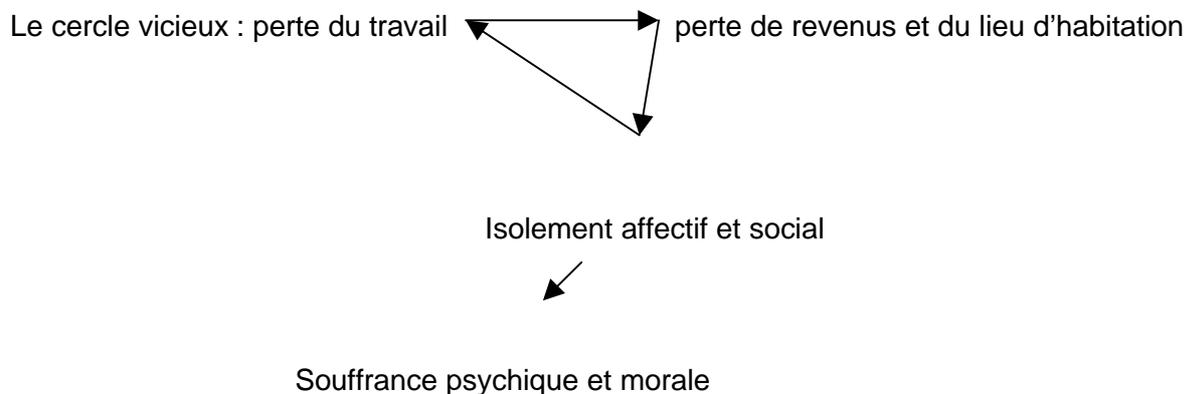
La particularité du parcours du SDF fortement marginalisé résulte du passage par deux processus successifs et juxtaposés d'installation dans la grande misère. Le premier est un processus d'exclusion sociale et d'entrée dans la pauvreté (voire de consolidation dans la pauvreté). Le second consiste en une déstructuration plus profonde qui peut l'atteindre jusque dans ses forces vitales.

Le premier processus est un mécanisme de perte des composantes essentielles de la socialisation dans la société moderne. Ce sont le travail, le logement et le lien affectif. En réalité, de la perte d'une seule de ces composantes résulte souvent celle des deux autres. Il est difficile d'établir, parmi ces déterminants sociaux, lequel représente la probabilité la plus élevée d'être à l'origine de la caractérisation des deux autres. Généralement, la perte du logement est la conséquence de celle d'un des deux autres déterminants. En outre, leurs liens d'interdépendance ne comportent pas les mêmes caractéristiques selon que les composantes s'accumulent ou s'éliminent à partir de la perte de l'une d'entre elles. Dans ce

second cas, qui concerne les SDF fortement marginalisés, le lien social commence à se desserrer, depuis le moment de la perte du premier élément, pour se rompre presque totalement dans la pire des situations. La vulnérabilité psychologique du sujet et le défaut d'écoute de la part de l'entourage constituent des conditions accélératrices du déroulement du processus d'exclusion.

L'enclenchement du processus mène la victime jusque dans un cercle vicieux au sein duquel les perspectives de sortie disparaissent peu à peu devant l'entassement des effets accessoires négatifs qui viennent s'y greffer. Il s'agit surtout de l'accumulation des dettes : impayés d'énergie ; intérêts cumulés d'emprunts immobiliers ou de prêts à la consommation engagés alors que l'horizon semblait dégagé ; menues dettes engendrées par des comportements inadaptés d'intempérance, provoqués par le contrecoup du choc subi par les effets des événements malheureux survenus (« Quand tu commences à tout perdre tu ne fais plus attention »). Le corollaire de cette évolution est la profonde souffrance morale et psychique qu'elle entraîne, propice à miner les efforts entrepris et à précipiter le sujet dans le second processus de déstructuration profonde.

REPRESENTATION DU PROCESSUS INITIAL D'EXCLUSION SOCIALE



Ainsi, pour les moins résistants psychologiquement et les moins entourés, se cristallisent les conditions d'une désocialisation selon quatre phases bien décrites par Alexandre Vexliard.

La première, directement conséquente des premiers événements catalyseurs de la rupture sociale, est marquée par le comportement emprunt d'*agressivité* et de révolte de la personne blessée par ce qui lui arrive. Encore énergique, elle tente d'affronter les problèmes en essayant de rétablir ce qui lui semble avoir été ébranlé. Elle souhaite encore retrouver une existence normale. Cependant, ses possibilités d'action s'amenuisent, des obstacles imprévus surgissent lors de toute tentative de réaction. Les envies diminuent sous l'effet du temps passé dans la rue. De plus, le besoin de s'adapter à un environnement nouveau incite

à la communication avec ses pairs de « galère ». Il crée le déclic de la projection dans la nouvelle situation.

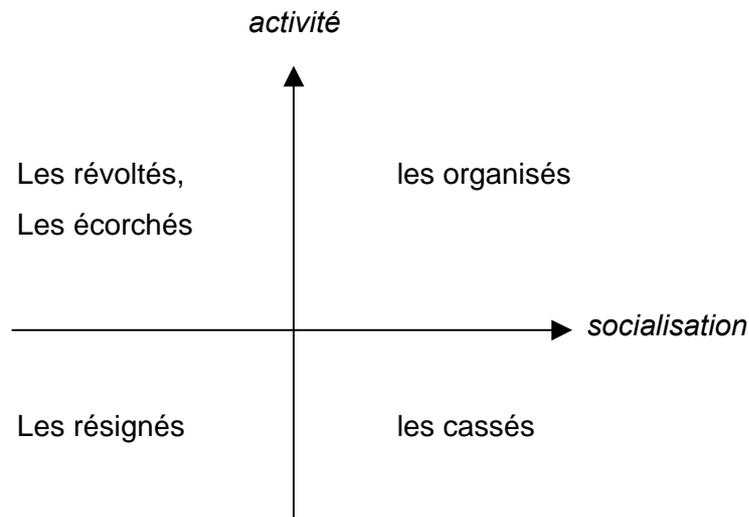
Le second temps correspond à une phase de *repli* et de régression. Le sujet prend progressivement conscience de sa situation nouvelle et a abandonné les moyens de lutter pour un retour au passé épuisé par la répétition des échecs. La société lui semble de plus en plus hostile. La perte de confiance en ses possibilités lui ôte ses capacités de réadaptation sociale et toute combativité. Les effets apparents de la vie dans la rue (aspect sale et négligé) commencent à desservir sérieusement le SDF et éloignent encore davantage ses chances de rejoindre son rang social passé. La dépense d'énergie induite de l'effort d'adaptation aux privations matérielles impose des comportements ressentis comme socialement régressifs et personnellement dégradants.

La phase suivante consiste en une période de *fixation* dans la marginalité. Elle correspond souvent au début du second processus de déstructuration profonde évoquée plus haut. Le SDF apprend à donner sans recevoir. Il intègre l'indifférence qu'il suscite pour en adopter les comportements. Le décrochage des réalités le rend irrégulier. A ce stade, il abandonne ses fréquentations passées pour privilégier à marche forcée ses nouveaux contacts. Son langage change, il renonce à son nom de famille pour se faire appeler par son prénom ou adopter un surnom. Il commence à s'adonner à la boisson, d'abord pour oublier, ensuite pour garder contact avec ses compagnons d'infortune, enfin par accoutumance. Vexliard estime que cette phase constitue le point le plus aigu de la crise d'identité qui peut conduire au suicide. La voie du retour vers la socialisation se referme si le SDF se résout à se suffire dans son nouvel univers car les besoins sociaux disparaissent sous le poids des privations

Le dernier stade de désocialisation est la *résignation*. A la différence de la troisième phase marquée encore par une culpabilisation consciente, la quatrième consiste en une valorisation du nouvel état. La rupture avec les anciennes habitudes et les anciennes attaches affectives devient définitive. Le SDF s'est familiarisé avec son nouvel environnement et s'est construit son propre raisonnement d'acceptation volontaire de son état.

Sur un autre plan d'analyse, Robert Castel a dégagé une représentation des catégories d'exclus en fonction de l'importance de leur activité occupationnelle et de leur degré de désocialisation. Les SDF fortement marginalisés se retrouvent plutôt dans les catégories des résignés et des cassés (la socialisation relative de ces derniers correspondant davantage à l'acceptation de la fréquentation des circuits de l'assistance permettant la satisfaction de certains besoins élémentaires : alimentation, lieux d'accueil à l'abri du poids) ;

CATEGORIES DE GRANDS EXCLUS SELON ROBERT CASTEL



Ces différentes représentations, en dépit de leur valeur, résultant d'une connaissance reconnue de la problématique SDF à leurs auteurs, ne rendent compte que partiellement d'une réalité marquée par les particularismes de chaque parcours individuel.

Pourtant, un point commun important réunit les SDF fortement marginalisés : leur absence de vision de l'avenir. Ce point les positionne en décalage vis à vis de l'offre d'insertion proposée par la société.

1.3 LE DECALAGE ENTRE L'ABSENCE DE VISION DE L'AVENIR DU SDF. FORTEMENT MARGINALISE ET L'OFFRE D'INSERTION PROPOSEE PAR LA SOCIETE

La réussite de la mise en adéquation entre l'aide proposée aux SDF et leurs besoins dépend fortement du degré d'adaptabilité du système d'aide sociale. Or, les demandes exprimées par le public SDF correspondent souvent à des préoccupations de court terme en distorsion par rapport au but d'insertion à long terme qui fonde la logique essentielle de l'intervention publique en matière sociale. Les adaptations à opérer supposent des évolutions mutuelles nécessitant un long cheminement pour atteindre la convergence espérée par chacun.

1.3.1 le réalisme des SDF dans la formulation de leurs besoins

Les insatisfactions, les frustrations et les désillusions constituent des sentiments souvent éprouvés par les SDF fortement marginalisés. Il n'est pas rare de les entendre s'estimer être les victimes d'actes d'injustice à défaut de pouvoir les combattre. D'ailleurs, il leur arrive même de les reproduire, sous d'autres formes (souvent par des actes de violence gratuite ou des rackets) aux dépens des plus faibles d'entre eux. La perte de confiance en la valeur de justice sociale les incite à remettre en cause leurs repères initiaux : « je me sens parfois paumé. » Néanmoins, ils ont toujours des souhaits à formuler plus ou moins révélés.

Le plus souvent, les demandes formulées concernent les besoins de survie les plus courants : alimentation, vêtements voire hébergement.

Leur valeur d'inspiration essentiellement affichée est une liberté personnelle vécue hors des contraintes habituellement citées, imposées sur les lieux de travail ou par les obligations familiales. Ils estiment pouvoir jouir pleinement du dernier droit qu'il leur reste quand le sentiment de dignité semble disparu. Ce rattachement à la valeur liberté agit comme un exutoire aux affections ressenties. Cependant, beaucoup d'entre eux supporte difficilement les règles de la vie en collectivité et trouvent ainsi un argument pour masquer l'échec de certaines expériences. D'autres tentent par l'adoption de ce raisonnement de légitimer l'acceptation plus souvent imposée de leur nouvelle condition. Par ailleurs, certains éprouvent des difficultés à concevoir les nécessités de faire coïncider l'exercice de ce droit fondamental dans le respect de la liberté d'autrui. Ceci explique aussi en partie le climat de violence qui règne parfois dans la rue où la loi du plus fort l'emporte le plus souvent.

Pour peu qu'on réussisse à établir un climat de confiance suffisant, certains SDF fortement marginalisés avouent d'autres aspirations. Elles sont souvent simples, concrètes et similaires à celles communément affichées par le citoyen normal. En ce qui concerne les hommes, elles tournent autour du triptyque logement, femme et travail. Plus précisément, le travail est surtout perçu comme le moyen indispensable permettant de poser les conditions nécessaires à la réalisation d'un projet de vie basé sur la reconstruction d'un foyer dont le logement autonome et la présence d'un partenaire affectif seraient les composantes centrales. En revanche, les femmes de la rue semblent aspirer à la recherche d'un compagnon moins pour assurer leur équilibre affectif que pour rencontrer un homme susceptible de proposer un toit et d'assurer leur protection. Comme les hommes, elles perçoivent davantage le travail comme un moyen contraignant d'assurer leur subsistance que comme une source d'épanouissement personnel. En revanche, le réalisme de ces aspirations contraste avec le manque de lucidité des SDF fortement marginalisés quant à l'effort des efforts à produire pour les satisfaire. En outre, lorsque cette prise de conscience

existe, elle écrase le moral du SDF, réduit à n'envisager tout projet de vie futur que comme une vaine chimère lointaine et inaccessible.

1.3.2 l'aide sociale comme le reflet des valeurs véhiculées par la société

Pour cerner les aptitudes des politiques sociales à répondre à la problématique de l'ancrage dans la marginalisation de la frange la plus déstructurée du « monde SDF », il convient de percevoir l'évolution des modes de réponse apportés, à travers l'observation des changements d'attitudes adoptés par la société au cours de l'histoire à l'égard des plus pauvres. Deux principaux éléments exercent une influence sur ces attitudes et comportements : d'une part, l'appréciation de l'ampleur de l'occupation de l'espace public par les pauvres ; d'autre part, l'évolution des valeurs véhiculées par les courants de pensée les plus influents.

Il semble que l'attitude de la société à l'égard des plus démunis ait varié depuis le Moyen Age entre répression et souci d'assistance.

La répression a pris différents aspects au cours des siècles. Quand l'afflux de mendiants et de vagabonds dans les villes était jugé trop important, la répression pouvait revêtir la forme de l'enfermement ou du bannissement. Cette politique sociale de l'enfermement et du rejet fut particulièrement privilégiée aux XVIème et XVIIème siècles. D'autres peines d'atteintes à l'intégrité physique (torture, fouet, mise au pilori) pouvaient être prononcées contre les récidivistes. Ces peines avaient pour but de combattre la mendicité et le vagabondage afin de contrer le mouvement d'afflux des pauvres des campagnes vers la ville. Refoulés hors des enceintes de la ville, les pauvres se concentraient alors à l'extérieur et à la périphérie dans les « faux bourgs ». Ces politiques répressives sous-tendaient une attitude de mépris social à l'égard des mendiants considérés comme des parasites oisifs en surnombre et improductifs. Un sentiment de peur face au risque de déclenchement d'une famine s'y ajoutait. En outre, la hantise d'une propagation d'épidémies transmises par les « gueux » renforçait le comportement de rejet. Les partisans de ce type de politique prônent, généralement les valeurs du travail, de l'épargne et de la réussite matérielle.

Pourtant, au cours de cette même histoire, des politiques d'assistance ont été aussi entreprises. D'abord, il s'est agi de consacrer par l'action bienfaitrice le sentiment compassionnel. La pitié, sentiment contrôlé de sympathie inspiré par le spectacle des souffrances et des misères d'autrui, prenait sens par l'acte de charité. Bernard de Mandeville définit la charité comme l'acte qui « consiste à transporter sur les autres une partie de

l'amour pur et sans mélange que nous avons pour nous-mêmes ». Il la considère comme une vertu lorsqu'elle demeure désintéressée. Cette vision est l'apanage des tenants des valeurs de la pauvreté volontaire et du sens de l'abnégation. Cependant, la valeur morale de ces sentiments dépend des motivations psychologiques individuelles et de l'intérêt qui leur est porté par la collectivité. Ils perdent de leur vigueur dans des contextes où les pauvres, marginalisés du fait de leur faible nombre, ne représentent plus un enjeu politique. De même, la force de ces sentiments se dilue quand l'acte de bienfaisance ne trouve sa signification que dans le désir de valoriser sa propre position sociale.

Si la modernité n'élimine pas la stigmatisation des pauvres, elle s'attache surtout à désamorcer les tensions sociales issues des transformations économiques. Le travail reste une valeur refuge alors que la philanthropie vient relayer la conviction chrétienne pour prôner l'éducation comme un rempart contre la déchéance et pour garantir la pérennité de l'espèce humaine. Quant aux tenants du sentiment communautaire, ils font la promotion de la responsabilité collective.

Lionel Stoléru fait une dichotomie entre deux grands types d'attitudes face à la pauvreté : d'une part, une attitude morale et religieuse judéo-chrétienne est déterminée à combattre la pauvreté absolue au nom du respect de la dignité humaine mais demeure partagée quant au choix de réagir ou non contre la pauvreté relative selon qu'elle est jugée comme méritée et honteuse ou plutôt imposée ; d'autre part, une attitude socio-politique et laïque entend s'opposer à tout phénomène susceptible d'aggraver les inégalités ressenties.

La portée des modèles de comportements, d'attitudes et de sentiments reste difficile à apprécier.

L'objectif principal, traité ici, de rapprocher le public SDF du reste de la population par la promotion des valeurs positives susceptibles de gouverner leurs rapports mutuels sous-tend la prise de conscience d'un cheminement à entreprendre vers la réduction de l'exclusion.

1.3.3 entre exclusion et intégration : la nécessité d'un cheminement

Face à la permanence du phénomène de l'exclusion qui aggrave la situation des plus pauvres, il importe de construire une réponse spécifique et individualisée. La dialectique nous incite à opposer à l'exclusion une réponse en termes d'insertion. Tout le débat réside dans la définition de son contenu. Geneviève Anthonioz De Gaulle, dans son introduction du rapport remis au Conseil Economique et Social, en 1995 expliquait : « au cœur des défis posés à la société : l'exclusion. Au cœur des politiques sociales l'insertion, concept flou,

souvent difficilement saisissable qui repose à tous la question essentielle du lien social et de la cohésion sociale. » En dépit de cette incertitude, un consensus s'est formé autour de l'idée que le socle de la démarche envers le SDF fortement marginalisé consiste en l'accompagnement personnalisé dans le parcours à réaliser.

Le dictionnaire définit l'insertion comme un « processus d'intégration dans la vie sociale normale par l'apprentissage ou le réapprentissage de la prise d'autonomie. » Si l'autonomie est le but à atteindre à long terme, le SDF fortement marginalisé doit, pour y parvenir, effectuer un cheminement personnel particulier et préalable. Or, la définition d'un nouvel itinéraire de vie nécessite une prise de conscience des efforts à accomplir et la manifestation de la volonté de s'engager dans cet itinéraire. Le travail social y prend tout son sens pour susciter et accompagner cette nouvelle démarche., En ce qui concerne le SDF très marginalisé et fortement dégradé, il vaut peut être mieux fixer l'objectif de la réintégration sociale en tant que situation intermédiaire entre la misère et l'insertion où l'autonomie sociale n'est pas totalement recouverte mais dans laquelle la personne retrouve des conditions matérielles et sanitaires d'existence décentes et une activité sociale non dégradante. Il s'agit d'une situation de rupture par rapport à l'isolement moral et social, de stabilisation du mode de vie, d'une réhabilitation marquée par le retour du sentiment de dignité.

Le processus vers la réhabilitation commence par un travail intérieur de réconciliation avec soi-même et de lutte contre la tentation de l'autodestruction. Il doit s'attacher à rétablir une image de soi positive et sereine par l'acceptation de ses limites et de ses défauts et la redécouverte de ses qualités valorisées par le travailleur social. Cette phase comprend aussi une étape de réappropriation de son propre corps. Ce préalable nécessaire du retour sur soi, doit permettre l'expression des besoins et des désirs personnels.

Ce n'est qu'après avoir effectué ce travail intérieur que le SDF pourra à nouveau envisager l'avenir, tenter de le visualiser, de l'écouter, de le sentir. Alors, s'engage la projection dans l'avenir selon un tracé à dessiner. Le processus de resocialisation peut débuter. L'une des conditions indispensables à la réussite du parcours réside dans l'acceptation des rechutes par le sujet comme par l'accompagnant social. La progression ne pourra pas être linéaire mais entrecoupée de temps d'arrêt ou de retour en arrière. Ainsi, la trajectoire de départ devra pouvoir être réajustée régulière selon un long processus de tâtonnements néanmoins nécessaire. Il s'agit de retrouver des habitudes de vie à la fois saine et constructives. A partir de cette prise de conscience, des objectifs sociaux pourront être définis selon les souhaits de la personne : la recherche d'un logement, la reprise d'une activité. L'important sera de rétablir le sentiment d'utilité sociale indispensable à l'épanouissement personnel par l'intégration de la personne dans une action collective (atelier de travail manuel, projet associatif, sortie culturelle Par ce biais, la personne pourra saisir l'opportunité de tisser un nouveau réseau relationnel. En parallèle, s'engageront les efforts pour retrouver les

conditions matérielles de vie autonome (logement, formation ou emploi) qui ne se concrétiseront dans leur totalité que bien plus tard.

Atteindre le but de la réintégration sociale n'ôte pas toutes les vulnérabilités mais il soulage du poids de l'indignité et souligne le retour d'une certaine vision de l'avenir.

Avant de pouvoir terminer tout ce cheminement, le SDF devra encore s'adapter aux logiques internes de fonctionnement du système d'aide existant. Celui-ci devra également réaliser son parcours d'ajustement aux besoins de l'exclu.

2 - LES DIFFICULTES D'ADAPTATION D'UN DISPOSITIF D'AIDES DIVERSIFIE MAIS COMPLEXE : LA QUESTION DE L'ARTICULATION DES DIFFERENTES LOGIQUES D'INTERVENTION

L'offre d'aide sanitaire et sociale proposée aux SDF fortement marginalisés s'inscrit dans une évolution historique qui en justifie les fondements mais en marque aussi les limites quant à la capacité ou la volonté de la société à réintégrer ses grands exclus. Ainsi, la réponse à l'urgence ne présage pas de l'accès au dispositif d'insertion. De plus, la difficile articulation des logiques multiples propres aux acteurs et structures, à chaque niveau d'intervention, interfère sur l'action accomplie

2.1 LA DISTORSION ENTRE TRAITEMENT DE L'URGENCE ET AIDE A L'INSERTION DURABLE

L'observation de l'application de la politique de lutte contre les exclusions en direction des SDF fortement marginalisés nous emmène au constat de l'existence d'un paradoxe. En effet, une contradiction apparaît entre une vision par essence à long terme, inhérente au travail social, et une activité effective à court terme, absorbée par la résolution quotidienne des questions sanitaires et sociales urgentes. Un rappel opportun des concepts permet de mieux ressortir les enjeux de l'intégration du SDF.

2.1.1 les concepts

Une circulaire MES-DAS 98/10 du 12 janvier 1998 définit l'urgence sociale comme une situation de rupture risquant de mettre en cause les conditions d'existence. En tant que mode d'action, elle consiste, par une vision de court terme, à régler des problèmes graves surgissant de manière ponctuelle et parfois de manière récurrente chez le SDF fortement marginalisé. Il importe d'inscrire cette action d'urgence dans sa dimension temporelle réduite qui laisse rarement le temps pour se projeter dans l'avenir. En revanche, cette approche dans le court terme semble correspondre à la vision adoptée par le SDF fortement

marginalisé, particulièrement marquée par l'imprévoyance, voire la négation du lendemain. Prodiger des soins urgents, fournir une couverture pour parer au froid d'une nuit à venir, combler un ventre vide sont autant de réponses effectives à une demande ou à un besoin. Sylvain Gourbin, intervenant de rue du Trait d'Union, estime que l'aide d'urgence nécessite un investissement total afin de rester réactif à toute situation de crise et de conserver une efficacité maximale. L'apport de telles réponses présentent le mérite de légitimer une prise de contact avec le SDF qu'une proposition d'insertion aurait fait fuir. Permet-il la reconnaissance inconsciente, par le SDF aidé, de l'utilité de la société à son égard dans la satisfaction de ses besoins vitaux ? L'incertitude de la réponse à cette question permet tout de même de rendre sa dimension sociale à l'aide sanitaire et matérielle d'urgence dispensée.

Ainsi, l'occasion de l'aide d'urgence constitue souvent, pour le travailleur social, le moyen d'établir le premier contact dans la rue. Ce premier contact est propice à entamer une action d'accompagnement au bénéfice d'un public qui a rompu depuis longtemps toute relation avec les intervenants sociaux de secteur. En effet, comment peut-on proposer un projet d'insertion, si riche soit-il, à quelqu'un dont on ignore jusqu'à l'existence même ?

Pourtant, l'offre d'insertion est riche et variée. Cependant, le cadre de l'emploi représente un carcan si contraignant aux yeux du SDF fortement marginalisé qu'il demeure rare qu'il soit en mesure de s'y adapter, en termes non seulement de productivité à fournir mais aussi d'horaires à respecter et de motivation à démontrer. Les propositions de formations pré-qualifiantes (stages SIFE¹²), peuvent correspondre aux besoins d'un jeune en rupture familiale depuis peu de temps, beaucoup moins à ceux d'un autre, séparé de sa famille depuis le plus jeune âge et qui en a souvent déjà épuisé les différentes formules. Pour ce qui se rapporte aux adultes, les contraintes morales et mentales qu'implique le suivi de stages de réadaptation ou de reclassement professionnels (notamment pour ceux qui n'ont connu qu'un ou deux emplois durant leur parcours professionnel) devient rapidement insupportable. Les actions multiples d'insertion sociale et de participation à la vie sociale (ateliers associatifs en centres d'accueil ou en CHRS, Centres d'Adaptation à la Vie Active) sont davantage accessibles à ceux qui savent encore supporter, sur une durée prolongée, les règles de la vie en collectivité (notamment en foyer d'urgence). Elles demeurent d'ailleurs à valoriser par rapport aux actions d'insertion sur le marché du travail. Toutefois, ces actions constituent une contrainte supplémentaire pour les personnes les plus déstabilisées incapables de se fixer consécutivement plus d'un mois dans un centre d'hébergement.

¹² Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi

Il semble que le cheminement vers l'insertion sociale du SDF nécessite un passage par une étape intermédiaire d'intégration sociale. Ici se situe le projet à préparer et à dessiner avec lui de restauration du lien social. Il s'agit de renouer des contacts avec le reste de la société ; En fait, nous ne parlons pas d'un projet élaboré mais d'un cadre de projection dans l'avenir. Sur ce point, l'action des équipes de rue, destinées à répondre à l'urgence sociale, est fondamentale, par le volet d'accompagnement et de suivi initial qu'elles dispensent auprès du SDF fortement marginalisé. Elles peuvent, en toute humilité, prétendre représenter le premier maillon du processus d'intégration. En effet, elles peuvent être à l'origine du déclenchement du début du processus quand l'intervenant de rue réussit à susciter chez le démuné sensibilisé par son action l'amorce du désir de la réintégrer. Dans leur rôle de relais et d'appui, les intervenants de rue installent une passerelle entre le SDF et les assistants sociaux. Ces derniers auront alors pour mission de consolider ce retour au dialogue dans un climat plus sécurisant que le contexte de la rue en profitant du regain de confiance passager du SDF, revigoré et rassuré temporairement par l'aide et l'écoute dont il a pu bénéficier dans la rue par des membres reconnus de la société.

Malgré tout, le cheminement progressif vers l'intégration sera fréquemment interrompu. Le SDF se heurtera à de multiples embûches à éviter, au sein d'un environnement économique et social qui évolue de plus en plus rapidement.

2.1.2 enjeu de l'intégration du SDF fortement marginalisé dans son environnement économique et social

Le défi de l'intégration reste osé. L'approche du temps ralenti, adoptée par le SDF s'accorde difficilement avec celle d'un monde en révolution permanente.

Le contexte économique, marqué par l'internationalisation des échanges, l'accentuation de la compétition internationale et la mondialisation des modes de création et de répartition des richesses, impose des restructurations à coût social élevé. Les contraintes de la rationalisation des coûts conduisent à la délocalisation d'industries entières vers les pays pauvres. L'intense poussée de l'innovation technologique entraîne la création, sans cesse croissante, de nouveaux marchés de produits à haute technicité incorporée. La montée en charge des technologies de l'information et de la communication, la massification de l'apport d'informations désordonnées et la diversification des langages induisent une augmentation de la capacité d'adaptation toujours plus accrue.

Or, les SDF fortement marginalisés sont justement ces exclus du système économique et social qui n'ont pas pu (ou pas su) se reclasser professionnellement ou ont perdu leur emploi. Dans un contexte d'urbanisation jusqu'à saturation et d'individualisme exacerbé, les SDF fortement marginalisés sont aussi ces exclus d'une société dont ils n'ont pas perçu ou compris (voire parfois pas accepté) les évolutions culturelles.

En bref, ils sont ceux qui n'ont pas su intégrer les multiples mutations et évolutions de leur environnement. C'est la raison pour laquelle, avant d'envisager une éventuelle réintégration, il convient de panser les plaies des nombreux échecs sociaux, familiaux, affectifs et professionnels passés. Alors, quid de la réinsertion en tant que rétablissement d'une situation d'accès au droit commun caractérisée par un retour à l'autonomie complète ? Elle devra n'être pensée que dans l'optique d'un avenir beaucoup plus lointain.

Cette approche sommaire du contexte général nous éclaire quant au climat social qui conditionne la nature de l'offre d'insertion disponible. Il en ressort d'une façon encore plus flagrante, eu égard au constat de longueur de la distance laissée entre le SDF fortement marginalisé et le reste de la société, la nécessité de renforcer la prégnance de l'aide sociale à lui apporter.

2.2 LES DIFFERENTES DIMENSIONS DE L'AIDE SOCIALE

Un éclairage sur le sens attribué à l'aide sociale dans ses différentes formes, par la prise en compte de ses fondements sociaux, politiques et juridiques, offre une meilleure appréhension du dispositif plus large mis à la disposition du SDF fortement marginalisé dans le cadre du plan national de lutte contre les exclusions.

2.2.1 aide sociale et action sociale : une construction historique à l'aune des principes de justice sociale

Le dispositif législatif et réglementaire mis en place en France au cours des cinquante dernières années obéit à certains principes parfois contradictoires, finalement complémentaires. L'harmonisation de leur mise en œuvre s'avère ardue mais conduit à l'enrichissement de la palette des mesures à disposition.

Les principes d'égalité et d'équité fondent le système d'aide sociale français.

Par le principe d'égalité, il s'agit de garantir à tous les citoyens l'égal accès au droit. Chaque individu dispose de droits créances à faire valoir devant la collectivité lorsqu'il remplit toutes les conditions légales prévues. Il peut alors bénéficier de prestations permettant de le couvrir contre les risques sociaux de toute nature. Les ordonnances de 1945 sont à l'origine de la mise en place de ce système unifié de sécurité sociale ayant pour but de prémunir le citoyen contre les risques maladie, invalidité, vieillesse, maternité et décès engendrés par les vicissitudes de l'existence. L'assurance chômage complète ce système de protection sociale pour tenir compte du risque de perte d'emploi. Cependant, ce dispositif étoffé, assurantiel, restait inaccessible aux plus démunis incapables de fournir les cotisations. Avec la loi du 1^{er} décembre 1988 (modifiée par la loi du 29 juillet 1992), c'est le risque précarité que l'Etat entend couvrir en faisant appel à la solidarité nationale. En fait, l'*aide sociale* (autrefois appelée assistance sociale) n'a pas disparu avec la mise en place de la sécurité sociale. Ainsi, un panel de *prestations légales* à caractère subsidiaire et obligatoire (droits accessibles après épuisement des autres droits dans la limite du respect des conditions administratives d'octroi) permet de couvrir la population non prise en charge par la sécurité sociale. Il comprend notamment les minima sociaux (RMI, API, AAH), les prestations familiales et les aides à l'accès au logement. Ces aides, ordonnancées dans le Code de la Famille et de l'Aide Sociale (CFAS), sont applicables selon un traitement systématisé des situations en fonction des conditions légales posées et généralisées à tout le territoire. Par exemple l'Allocation Adultes Handicapés est identique pour une personne vivant seule en banlieue caennaise et une autre restée auprès de sa famille dans une propriété agricole du pays d'Auge avec tous les avantages de l'auto subsistance. La déconcentration des services de l'Etat et la décentralisation ont traduit la volonté politique d'instaurer une proximité entre les collectivités publiques et le citoyen, de rapprocher le décideur de l'utilisateur pour favoriser une meilleure émergence des besoins locaux. Ainsi, l'élaboration des règlements départementaux de l'aide sociale (ils comprennent également les modalités d'accès aux prestations extra légales financées par le Conseil Général) procède de cette logique de proximité en introduisant des disparités sur le territoire national quant aux types d'aides sociales accessibles aux plus démunis.

Par le principe d'équité, il s'agit de considérer la personne dans son individualité et la particularité de sa situation et de son parcours pour apprécier l'opportunité, la nature et l'ampleur de l'aide à lui dispenser. Chaque cas fait l'objet d'un traitement personnalisant prenant en compte le potentiel de la personne comme contrepartie de l'aide. L'attribution des *prestations extra légales* à caractère facultatif résulte de la décision d'une instance qui définit une *action sociale* selon ses propres critères. Les communes et organismes de protection sociale disposent généralement de fonds d'action sanitaire et sociale spécifiques destinés au financement de ce type d'aide. Ainsi, la commission des prestations supplémentaires et

secours de la Caisse Primaire et d'Assurance Maladie (CPAM) du Calvados (elle se réunit tous les quinze jours) a attribué une aide de 5 000 francs à un SDF qui avait vécu pendant vingt ans sans ressources ni couverture médicale dans le canton de Falaise, dans l'attente de l'attribution du RMI et de la CMU. De même, les associations caritatives et humanitaires fournissent une aide non négligeable aux plus exclus. Par exemple, l'article 1^{er} des statuts du Secours Catholique prévoit d'« apporter, partout où le besoin s'en fera sentir, à l'exclusion de tout particularisme national ou confessionnel, tout secours et toute aide, directe ou indirecte, morale ou matérielle, quelles que soient les opinions philosophiques ou religieuses des bénéficiaires. », notamment des sans-abri. Il peut s'agir du versement d'une aide au transport ou, par exemple, du financement d'une nuitée d'hôtel pour un demandeur d'asile nigérian dans l'attente des résultats d'un dépistage de la tuberculose. Des fonds partenariaux délivrent également des aides ponctuelles à l'exemple du Fonds d'Aide aux Jeunes (FAJ) de l'Orne, géré par une mission locale selon les modalités de la convention constitutive signée entre l'Etat (DDASS) et le Conseil Général (service d'action sociale territoriale de la direction départementale des interventions sanitaires et sociales – DDISS). Il délivre des aides aux jeunes de 16 à 25 ans en raison de trois grandes catégories de motifs : un secours temporaire pour faire face à des besoins urgents, la réalisation d'un projet et l'aide à la démarche d'insertion. Ainsi, il verse notamment des aides à la subsistance ou participe au financement du permis de conduire pour permettre à un jeune d'accéder à son lieu d'apprentissage.

Les aides légales et extra légales existantes sont nombreuses et couvrent un large domaine d'intervention. Lionel Stoléru estime qu'un dosage équilibré entre aide en nature et aide en espèces doit permettre non seulement de respecter la liberté de choix de vie (aide en espèces) mais aussi de garantir la couverture des risques imprévisibles (aide en nature).

L'aide financière peut être ponctuelle et destinée à parer l'urgence. Il s'agira de l'attribution d'un secours dans l'attente de la stabilisation d'une situation : dossiers en cours pour obtenir le statut de réfugié, un minimum social, un logement social, une couverture maladie, la reconnaissance d'un handicap de santé ; aide juridictionnelle pour faire face à des frais de justice. L'aide financière régulière tend à compenser une situation de précarité susceptible de se prolonger dans le temps. Elle repose sur le versement de revenus de solidarité correspondants à une situation stabilisée et reconnue. En plus des situations évoquées plus haut, il peut aussi s'agir d'une situation de mère isolée ou de passage de l'âge de la vieillesse.

L'aide en nature peut d'abord revêtir une forme matérielle : alimentaire, vestimentaire, sanitaire. Elle peut également consister en un soutien d'ordre moral et psychologique. Des actions d'accompagnement et de conseil dans l'accomplissement de démarches

administratives (ex. : recherche d'un logement, traitement d'une situation de surendettement) et l'accès à l'information (aide juridique) existent aussi. Enfin, une aide éducative est parfois indispensable notamment dans le cadre de la lutte contre l'analphabétisation et l'illettrisme.

Un équilibre constant entre assistance et incitation à la prise d'autonomie est à rechercher sachant que le SDF fortement marginalisé a toujours besoin d'une aide d'assistance en nature importante au début de son parcours vers la réintégration sociale. Elle est d'ailleurs souvent plutôt sanitaire et humanitaire avant d'être sociale.

Cette diversité d'aide s'organise au sein de dispositifs nombreux, complexes et encore peu harmonisés pour répondre de manière globale à l'ensemble d'une situation individuelle malgré la volonté affichée dans la loi de lutte contre les exclusions.

2.2.2 l'empilement des dispositifs

Actuellement, les multiples mesure de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont émiettées. Elles se chevauchent au gré des conjonctures et se juxtaposent sous l'influence des interprétations de la répartition des compétences, pas toujours bien identifiées. Chaque personne est protégée par un régime catégoriel dans la seule hypothèse où elle remplit les nombreuses conditions prévues. La question est posée des personnes que se situent à la marge de ces régimes. Ce sont les raisons pour lesquelles la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (LCE), au-delà du renforcement des mesures de lutte contre la pauvreté qu'elle contient, est d'abord une loi d'harmonisation et de mise en cohérence des différents dispositifs qu'elle réexamine et complète. Ils concernent l'ensemble des droits auxquels il importe de garantir l'accès.

1) Le droit au logement

Les Plans Départementaux d'Accès au Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) d'une durée minimale de 3 ans organisent la mobilisation des mesures en faveur des personnes menacées d'expulsion ou logées dans de l'habitat insalubre ou sans logement. Prévus par l'article 33 de la loi LCE, ils complètent les dispositions de la loi Besson du 31 mai 1990¹³. Outil de planification, le PDALPD établit un diagnostic des besoins en distinguant les personnes ne présentant que des difficultés financières de celles qui

¹³ Le décret n°99-897 du 22 octobre 1999 en délimite l'objectif pour les personnes SDF fortement marginalisées : « aider à accéder à un logement décent et indépendant...alors qu'elles éprouvent des difficultés particulières en raison de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence »

cumulent difficultés financières et de réinsertion sociale à l'image des SDF. Il régit et définit les procédures d'examen des demandes et l'intervention du Fonds Solidarité Logement (FSL). Un comité responsable, co-présidé par le préfet départemental et le Président du Conseil Général (PCG) réunit les principaux acteurs de la mise en œuvre de la politique du logement : pour l'Etat la DDASS, la Direction Départementale de l'Équipement (DDE), les représentants des services sociaux du Conseil Général, des représentants des bailleurs et des représentants des associations de mal logés. Le pilotage est en général assuré par un des services déconcentrés de l'Etat ou le Conseil Général (CG). Il se traduit par la conclusion de conventions pluriannuelles entre les partenaires concernés. Les trois PDALPD de la région Basse-Normandie ont été signés en 2000. Les principales mesures d'aide à l'accès au logement contenues et organisées au sein du PDALPD sont : l'Allocation de Logement Temporaire (ALT), d'une durée de 6 mois, qui favorise le financement de la mise à disposition de logements à titre temporaire par des associations conventionnées ou des CCAS, mais est aussi utilisée, en pratique, pour le financement de nuitées d'hôtel dans des situations d'urgence ; les allocations personnalisée et de logement social (APL et ALS) ; le système des baux glissants permettant le transfert progressif du bail sur la tête de la personne aidée dans le cadre d'un parcours de retour à l'autonomie ; enfin, l'Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL) d'une durée de 6 mois, permettant le suivi d'une personne qui effectue le passage d'un foyer de réinsertion vers un logement autonome, favorise son intégration dans le nouveau lieu de vie par la création de relations de voisinage et offre une aide à la gestion du budget, à l'utilisation normale d'un logement locatif.

Ces mesures sont, pour la plupart d'entre elles financées par le FSL. Ce fonds, géré par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et abondé en général par une participation à part égale de l'Etat et du Conseil Général, finance également l'accès au logement sous forme de cautions, garanties et prêts.

Le PDALPD a vocation à s'articuler avec le contrat de plan Etat-Région mais surtout avec le Schéma d'Accueil d'Hébergement et d'Insertion (SAHI). Outre la coordination des établissements d'hébergement, notamment par la gestion en réseau des listes d'attente, il prévoit également d'autres réponses à l'urgence sociale (le numéro vert 115, lieux d'accueil de jour...). La circulaire du 14 mai 1991 relative aux missions des CHRS, énonce que le « 1^{er} objectif du CHRS est de mesurer les besoins et de rechercher les moyens d'une réponse adaptée à chaque situation de détresse, au-delà des seules modalités d'hébergement. » Le second programme 2001-2003 de lutte contre les exclusions (2 milliards de francs pour le seul budget du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) projette la création de 500 places supplémentaires de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sur 2002 et 2003. En Basse-Normandie, la mise en perspective des SAHI départementaux comprend,

notamment, parmi ses 5 axes prioritaires d'action, le relogement des personnes sortant des structures d'hébergement (priorité n°3) par le renforcement du partenariat (rencontres techniques entre partenaires pour examiner les problèmes complexes rencontrés, création de sous commissions spécifiques « hébergement » au sein des commissions d'examen global des situations présidées par le sous-préfet au niveau de chaque arrondissement – appelées commissions d'examen des situations CODESI dans le Calvados elles traitent en dernier ressort des cas de relogement restés non réglés) et de l'ASLL. Sa première priorité est d'assurer la montée en charge du 115 dans les trois départements par la consolidation (Manche) et le développement (Orne) de la structuration de la veille sociale selon des cahiers des charges à définir. Le Calvados a le projet de mettre en place une plate-forme d'accueil, d'écoute et d'orientation dont la gestion serait confiée à la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS). Une enquête locale¹⁴ a révélé, sur la période de mai à juin 2001, 90 situations de non-admission d'hébergement (en CHRS, foyers d'urgence, foyers de jeunes travailleurs, résidences sociales et appartements mis à disposition temporaire ? Centres d'ACCueil pour Demandeurs d'Asile – CADA - et pré-CADA) dont les 2/3 constituaient des refus émanant des structures d'accueil pour « inadéquation du ménage avec les critères d'accueil » et « absence de places ». Ces refus concernaient surtout des couples avec ou sans enfant et des femmes seules. En fait, la difficulté pour le SDF fortement marginalisé tient davantage à son incapacité à supporter les contraintes de la vie en collectivité. Il préférera souvent bénéficier d'une nuitée d'hôtel ponctuelle ou de quelques jours en foyers d'urgence, le temps de se requinquer physiquement quelque peu ou de se mettre temporairement à l'abri du froid, avant de regagner la rue comme par un réflexe d'habitude révélateur de son degré de désocialisation.

2) Le droit aux soins

La priorité transversale de la mise en perspective régionale des SAHI en Basse-Normandie insiste sur la nécessité de renforcer le travail en réseau santé/social. La politique de santé en faveur des plus démunis se renforce sur plusieurs de ses aspects.

D'abord, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) a constitué une avance considérable. Tous les opérateurs de terrain s'accordent pour souligner le rôle essentiel joué par la cellule DETRES de la CPAM du Calvados dans la détection et l'accélération de l'ouverture des droits des SDF encore exclus dans le domaine de l'accès aux soins par la facilitation des démarches administratives.

¹⁴ Du cabinet OPSIS-PASSION à partir de 545 questionnaires retournés.

Le renforcement des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS prévus par l'article 71 de la loi LCE) doit se concrétiser par l'apport de 20 millions de francs supplémentaires, au niveau national au titre des actions de santé. Le PRAPS 2000-2002 de Basse-Normandie a défini 5 axes prioritaires :

- l'expression et la citoyenneté des plus démunis ;
- l'intervention de proximité et la coordination : elle repose notamment sur la mise en place des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS ; les créations au niveau national de 100 nouvelles PASS par an sur les deux prochaines années sont programmées avec une dotation annuelle de 35 millions de francs) au sein de l'hôpital, permettant un suivi social et administratif des plus pauvres quant à leur situation à l'égard de l'accès aux soins et des actions auprès des médecins de ville reposant sur l'échange et la diffusion des pratiques de prévention et de traitement des conséquences sanitaires de la précarité
- la formation des professionnels ;
- l'accès aux droits administratifs et financiers dans des conditions améliorées ;
- la facilitation des déplacements des personnes les plus démunies : notamment par l'action de l'équipe Relais de la Croix Rouge qui va à la rencontre des personnes pour effectuer gratuitement la prévention, le traitement et le suivi des soins avant d'orienter vers le dispositif de droit commun.

Le PRAPS bénéficie de financements complémentaires (15 millions de francs à répartir dans les régions) inscrits au titre des actions santé de la politique de la ville

Enfin, le nouveau programme national triennal 2001-2003 de lutte contre les exclusions dédie 15 millions de francs « aux actions de nature à favoriser l'accès aux soins psychiques des publics les plus démunis. » L'ensemble doit être décliné autour de trois axes : premièrement, l'adaptation des pratiques professionnelles aux personnes démunies : amélioration de la prise en charge sanitaire, préparation de la sortie par les établissements psychiatriques ; ensuite, le renforcement du partenariat entre la psychiatrie et les acteurs sociaux par la contractualisation et la constitution de réseaux d'intervention pour améliorer le repérage, l'écoute et l'accompagnement des personnes ; enfin, favoriser l'introduction de professionnels de la psychiatrie dans les lieux de vie et de passage des démunis ou des lieux d'accueil, d'écoute et de soins (exemple du point d'accueil et d'écoute SESAME à Alençon, émanation du Centre Psychothérapique de l'Orne, qui dispose de trois écoutants, infirmiers en santé mentale et formés aux techniques relationnelles).

Cette politique de santé en faveur des plus démunis doit s'articuler avec les deux Programmes Régionaux de Santé (PRS) de Basse-Normandie alcool et suicide permettant la combinaison entre une logique d'intervention sur un large public (les démunis) et une

logique de planification thématique qui concerne malheureusement une grande majorité du public SDF fortement marginalisé.

3) Le droit au travail et à l'insertion

Les dispositifs sont multiples et se chevauchent. Peu d'entre eux sont adaptables aux SDF fortement marginalisés.

Les SDF fortement marginalisés bénéficiaires du RMI peuvent se voir proposer des mesures prévues dans les Plans Départementaux d'Insertion (PDI) à l'occasion de la signature ou de l'actualisation de leur contrat d'insertion conclu avec la Commission Locale d'Insertion (CLI). Le panel des mesures de réinsertion se diversifie : Programme d'Action Personnalisé Nouveau Départ (PAP/ND), offrant un accompagnement renforcé dans la recherche d'emploi dans le cadre du Plan d'Aide au Retour à l'Emploi (à partir d'un entretien initial permettant la définition d'un Projet d'Action Personnalisé – PAP - susceptible d'être revu à l'occasion des entretiens/bilan semestriels) ; programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) de 24 mois à destination des jeunes les plus en rupture, avec systématisation du partenariat contractuel entre Permanence d'Accueil et d'Orientation (PAIO), missions locales d'insertion, associations d'accueil d'urgence et de réinsertion, lieux d'accueil et d'hébergement et services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ; instauration d'une aide à la mobilité en cas de reprise d'emploi (pour participer au financement du déménagement, des déplacements quotidiens ou des frais d'installation dans une seconde résidence) ; allongement de la durée de cumul intégral d'un minimum social (ASS, RMI, API) avec un revenu d'activité de un à deux semestres ; renforcement des moyens dédiés à l'insertion par l'activité économique (augmentation de l'aide versée aux entreprises d'insertion – EI – et associations intermédiaires – AI -, abondement supplémentaire du Fonds Départemental d'Insertion) ; consolidation du nombre d'emplois aidés (Contrats Emploi Solidarité – CES – dans le secteur non marchand, Contrat Initiative Emploi – CIE, contrats de qualification dans le secteur marchand) notamment pour développer les chantiers d'insertion et les activités socialement utiles.

La question se pose de l'articulation entre les mesures du PDI, du PARE/PAP et de l'Appui Social Individualisé (ASI) afin d'éviter les chevauchements de dispositifs préjudiciables aux personnes accompagnées. Elles risquent de se lasser à force de courir sans résultats après plusieurs lièvres à la fois alors qu'un seul pourrait être poursuivi avec davantage d'efficacité si son parcours était repéré de manière plus lisible. L'apparition du nouveau dispositif PARE/PAP peut être l'occasion de réorienter le dispositif ASI en direction des démunis les plus marginalisés notamment les chômeurs depuis plus de trois ans.

4) Le droit à l'éducation, à la culture et à la participation à la vie sociale

La lutte contre l'illettrisme et la mise en place annoncée de cellules de veille éducative, réunissant les acteurs éducatifs et de l'insertion, les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé semblent constituer les principales mesures préventives susceptibles d'éviter l'ancrage dans la pauvreté marginalisante dès le plus jeune âge. De même, l'accès facilité à la culture peut contribuer à préparer les personnes menacées par des risques d'exclusion à éviter les écueils des comportements déviants provoqués par un abattement brutal en cas de mise en position de vulnérabilité. En effet, l'éducation et la culture ouvrent l'esprit de manière à permettre une relativisation de ses propres problèmes. Cependant, l'accès aux lieux culturels (cinémas, musées) concerne une minorité de SDF fortement marginalisés qui souffrent du risque de stigmatisation de leur personne en des lieux où ils se sentent isolés. De plus, pour ceux qui luttent encore quotidiennement pour préserver une image d'eux même propre, le coût de l'accès aux biens culturels reste trop important. Un transistor ou un baladeur suffit souvent à combler leur appétit culturel en donnant l'accès à la musique et aux bulletins d'information. Certains s'adonnent à la lecture pour combler leurs nombreux instants de solitude et s'évader de leur quotidien misérable.

La faible implication du SDF fortement marginalisé dans la vie sociale et associative de la cité ne le motive pas à exercer son droit civique. Ressentant son exclusion, il pâtit également de la non-régularisation de sa situation administrative même si les progrès sont notables pour permettre l'élection de domicile du SDF dans certains lieux. Ainsi, sur Caen, le service Coordination Accueil Orientation (CAO) de l'association Revivre exerce cette fonction pour les hommes SDF et distribue chaque matin leur courrier. Le Service d'Accueil, d'écoute, d'orientation et d'Accompagnement Social (SAAS) effectue cette même mission pour les femmes SDF.

La mise en œuvre adaptée de ces dispositifs à destination des SDF fortement marginalisés doit s'effectuer dans la prise en compte des différentes logiques qui guident l'action publique.

2.3 L'ARTICULATION DES DIFFERENTES LOGIQUES D'INTERVENTION

L'harmonisation des mesures choisies afin de répondre de façon globale à la situation du SDF fortement marginalisé suppose la prise de conscience des déterminants qui caractérisent les différents modes d'organisation et de fonctionnement des dispositifs

existants. Ils relèvent, d'une part, des personnes qui en assurent le dynamisme ; d'autre part des structures même dans le cadre duquel ces acteurs évoluent.

2.3.1 le jeu des acteurs de l'intervention sanitaire et sociale

Les acteurs de l'intervention sanitaire et sociale sont issus de plusieurs cultures professionnelles parfois difficiles à concilier. En outre, ils interviennent à différents niveaux de la prise en charge dans des positionnements pas toujours clairement identifiés.

L'origine des multiples intervenants de l'action sanitaire et sociale répond à des motivations diverses.

Ainsi, les professionnels du social adoptent souvent un positionnement par rapport aux bénévoles des multiples associations humanitaires et caritatives impliquées dans la lutte contre la grande pauvreté. Ils insistent sur l'acquis en termes de savoir-faire professionnel et de formation dont ils disposent. De plus, ils relèvent également la continuité de leur action contrastant avec les interventions jugées parfois trop épisodiques, ponctuelles et désordonnées des bénévoles. Par contre, ces bénévoles mettent davantage l'accent sur le caractère purement désintéressé de leur action et l'approche politiquement militante ou emprunte de conviction religieuse de leur démarche qui serait plus mobilisatrice en énergie investie dans l'aide aux plus pauvres. L'amalgame des deux approches est souhaitable. Sylvain Gourbin, intervenant social du Trait d'Union, se définit comme un « bénévole dans l'âme qui est payé » pour aller à la rencontre des plus démunis. Le passage du bénévolat au professionnalisme est parfois envisagé. Ainsi, Marc Leclerc, animateur et secrétaire du bureau du foyer Jacques Cornu de Bayeux raconte son parcours de saltimbanque, depuis la vie dans la rue, en passant par son expérience d'animateur au foyer pour occuper son temps libre de chômeur, jusqu'à son embauche à temps plein et son investissement toujours aussi enthousiaste au profit des résidents du foyer ou de ceux qui l'ont quitté et recouvré leur autonomie.

L'approche des associations humanitaires ou caritatives diffère de celle des acteurs du service public dont le rôle est de faire appliquer une politique nationale définie par des textes, ce qui leur impose un devoir de réserve. Ils s'inscrivent dans une démarche globale de satisfaction de l'intérêt général alors que les intervenants associatifs privilégient plutôt la défense d'une catégorie de la population dont ils essaient de promouvoir les intérêts spécifiques et de faire entendre le droit de parole, parfois dans le but de provoquer une modification de la législation et de la réglementation existantes. Entre engagement dans la

prise de position et application objective d'une politique publique, l'équilibre dans la recherche des complémentarités et de la synergie des acteurs est difficile à trouver.

Au sein du monde des professionnels, les approches sont également multiples. L'appréciation des champs prioritaires d'action peut diverger. Les médecins et infirmiers insisteront sur les causes sanitaires de la marginalisation : des handicaps physiques réduisant les capacités de déplacement, une négligence de l'hygiène suscitant le rejet du reste de la population ou des conduites addictives sources de l'émergence de pathologies psychiatriques. Les assistants sociaux, éducateurs spécialisés et autres moniteurs éducateurs souligneront davantage le manque de prise en compte des facteurs sociaux de l'ancrage dans la pauvreté. Quant au personnel administratif qualifié parfois de « généraliste » (secrétaires des CCAS et autres juristes) ils pointeront la question de la régularisation des situations comme facteur de réintégration important. Au sein des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, ils sont souvent distingués des intervenants techniques spécialisés : conseillers techniques en travail social (CTTS), assistants de service sociaux, conseillers techniques régionaux en soins infirmiers (CTRSI), médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique (MISP et PHISP). Ces derniers se positionnent volontiers dans un rôle de conseil et d'appui technique alors que les premiers conçoivent peut être davantage leur mission de coordination.

Sur un autre plan, les différences d'approche peuvent résulter d'un positionnement différent d'acteurs ayant la même culture professionnelle au sein du déroulement conceptuel ou opérationnel d'un dispositif. En amont, il incombe de définir la politique locale, d'impulser et d'animer le montage des projets, de fournir des financements, de désigner les opérateurs, et de coordonner leur action au sein du dispositif mis en place. Il s'agit aussi de valider la création ou la transformation des structures d'offres de services, de l'apport d'un appui et d'un conseil technique, de planifier l'offre de services et d'assurer le suivi et l'évaluation des dispositifs. En aval, les acteurs de terrain sont chargés de la mise en œuvre opérationnelle de la politique locale par la rencontre, l'accueil et l'écoute du public, son orientation au sein du dispositif, l'examen des situations individuelles et l'apport de réponses matérielles, sanitaires, psychologiques et sociales. Il s'agit en outre d'assurer le suivi individuel des personnes. Ainsi, le rôle d'un administratif chargé d'instruire des dossiers individuels de demande d'une prestation extra légale de secours différera fondamentalement de celui chargé d'organiser la réunion des acteurs choisis dans le but de définir le contenu du formulaire à remplir pour effectuer la demande. De même, une assistante sociale de secteur, qui accueillera et accompagnera journalièrement les femmes SDF, les étrangers ou les gens du voyage, aura une vision différente de celle adoptée par l'assistante de service social de la DDASS qui n'accomplira « plus de travail individuel avec les personnes. »

La difficulté à faire aboutir la mise en place d'une PASS au centre de Caen à partir d'un réseau d'accès aux soins des personnes les plus démunies et d'une collaboration entre une équipe d'infirmières itinérantes de la Croix Rouge, une clinique privée située au centre de Caen et une communauté de sœurs religieuses gestionnaire de centres de soins infirmiers illustre le constat de la complexité à réunir des acteurs autour d'un projet commun. Associer des qualifications, des expériences et des motivations multiples au profit d'une compétence améliorée se révèle déjà être un projet ardu. Vouloir combiner des logiques institutionnelles ou organisationnelles différentes, voire divergentes, est encore plus délicat à réaliser.

2.3.2 cohabitation de logiques multiples : cadres institutionnels et aspects organisationnels

La lutte contre les exclusions constitue un objectif commun qui justifie la recherche de la convergence des différentes logiques d'intervention au profit de l'amélioration de la situation du public suivi. Cet objectif se trouve consacré par un large dispositif législatif. Par contre, cibler, au niveau local, la priorisation de l'objectif de réintégration sociale des SDF fortement marginalisés n'aurait pas cette légitimité à dimension nationale. La sensibilisation des acteurs à mobiliser quant à l'importance de cette question sanitaire et sociale est indispensable pour transcender des logiques organisationnelles et fonctionnelles parfois initialement perçues comme opposées ou contradictoires.

Sur le plan organisationnel, une logique de fonction et d'activité tend à s'opposer à une logique d'organisation statutaire et hiérarchique. L'intervention selon une logique de fonction correspond à une responsabilité confiée par rapport à l'attribution d'un domaine de compétence et d'un champ d'intervention. En premier lieu, l'agencement des moyens destinés à assurer cette fonction suppose la détermination des effectifs réels mobilisables. En second lieu, la création de postes de chef de projet ou de référent correspondant peut permettre d'afficher l'importance de la fonction que la logique d'organisation des services, fondée sur la mise en ordre d'entités administratives hiérarchiques et statutaires regroupant des moyens humains et matériels, ne rend compte qu'imparfaitement. La mise en place de pôles sociaux organisationnels répond au souci de distiller de la transversalité dans les modes internes d'organisation. Ainsi, la mise en place du pôle social à la DRASS de Basse-Normandie a permis de réunir trois administratifs (une IPASS chef de service, une IASS et une secrétaire administrative) et une CTTS, placée hiérarchiquement directement sous

l'autorité du directeur, autour de la promotion de l'affirmation du rôle du social. Il agit comme un vecteur attractif apte à mobiliser sur des problématiques d'ordre social d'autres personnels de la DRASS, comme des médecins ou la « correspondante personnes âgées » (cela pourrait concerner la question de la prise en charge médico-sociale des SDF de plus de 60 ans). Au niveau régional, il permet également de réunir des intervenants extérieurs autour de thématiques à dominante sociale (cela pourrait concerner les problèmes psychiques des SDF désocialisés) en cristallisant un socle d'intervention à partir d'éléments éparpillés. Il s'agit de dépasser le cadre du service organisationnel classique et de classer les cloisonnements.

Sur le plan du fonctionnement, une logique de mission diffère d'une simple logique de gestion d'un dispositif. La première réunit un réseau d'acteurs autour d'un projet ou d'objectifs communs. Elle mobilise ces personnes dans une même dynamique inhérente au temps imparti pour la réalisation du projet entrepris. La mutualisation des compétences suppose au préalable une clarification des missions de chacun. Ainsi, en ce qui concerne les SDF, l'Etat est chargé, selon l'article 194 du Code la Famille et de l'Aide Sociale de prendre en charge toutes les prestations d'aide sociale au bénéfice des personnes sans domicile de secours (cf. à une durée de résidence inférieure à trois mois au domicile de secours) c'est à dire des personnes dont la présence sur le territoire résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur lieu de résidence (exemple : demandeurs d'asile). Par ailleurs, La circulaire du 10 septembre 1979 précise l'élargissement des missions dévolues aux CHRS (cf. décret du 15 juin 1976) en intégrant l'accueil et le suivi des nouveaux inadaptés sociaux (terme désignant les sans-abri dans la loi du 19 novembre 1974). Les CCAS ont la mission d'accueillir les personnes dans le besoin et d'établir leur demande d'aide sociale. Le Département conserve une compétence de droit commun en matière d'aide sociale. Dans le Calvados, une répartition concertée des compétences en ce qui concerne un public SDF très hétérogène dévolue l'accompagnement des hommes SDF au service spécialisé CAO de l'association Revivre, financée par le concours du Conseil Général (Direction des Services Sociaux – DSS), dans le cadre de son action d'insertion en faveur du public bénéficiaire du RMI et la DDASS. Le CAO y intègre les SDF sédentaires privés d'un logement en qualité de locataire ou de propriétaire. Les familles, les personnes étrangères en situation irrégulière et les gens du voyage sont orientés vers un service social de secteur spécialisé dans l'accompagnement social de ce public. Un autre service, le SAAS, est chargé de l'examen des situations des femmes démunies. La seconde logique de gestion de dispositifs par les membres d'un même service présente l'inconvénient de circonscrire l'action dans le cadre de la seule logique de service au détriment de l'apport d'un

regard extérieur susceptible de faire progresser les pratiques et de faciliter la prise de conscience de l'évolution des problématiques traitées.

Si le cadrage de l'exercice des compétences et des missions de chacun reste difficile à opérer, il n'en demeure pas moins que l'Etat, en tant que garant de la cohésion sociale sur le territoire national, pourrait légitimement occuper le poste de pilote d'un dispositif multipartenarial harmonisé de lutte contre le phénomène de la vie dans la rue.

Il semble ainsi opportun que les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales de l'Etat s'inscrivent dans une logique de pilotage d'un vaste projet de lutte contre la grande exclusion au sein d'une large équipe interministérielle d'action apte à bâtir un solide partenariat avec les collectivités territoriales et le monde associatif. DRASS et DDASS ont intérêt à y jouer un rôle moteur assuré par l'adoption privilégiée d'une double logique interne d'action, à la fois fonctionnelle et de mission, favorisant le travail transversal.

Du traitement de l'urgence au cheminement vers la réintégration sociale, du respect du traitement égalitaire au renforcement de l'accompagnement des personnes les plus vulnérables de la société, du passage d'une logique d'intervention cloisonnée et fragmentaire à une logique d'action globale et dynamique, les déterminants de l'aide publique sanitaire et sociale peuvent largement évoluer pour mieux répondre aux besoins des SDF fortement marginalisés. Quelques pistes d'orientations peuvent contribuer à baliser le chemin à parcourir.

3 - LE NECESSAIRE APPROFONDISSEMENT DE LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PSYCHOLOGIQUE DURABLE DU S.D.F. FORTEMENT MARGINALISE

Le rappel des valeurs et principes essentiels et fondamentaux qui définissent les devoirs de l'Etat à l'égard des citoyens incite également, par un effet de remobilisation, chaque individu à se retourner derrière lui pour s'intéresser au sort des grands exclus. L'objectif de réhabilitation sociale des SDF fortement marginalisés suppose le renforcement de l'accompagnement social individualisé couplé à une amélioration de la mise en cohérence de l'ensemble des mesures du dispositif, en vertu d'une approche globalisée de l'ensemble des problèmes individuels accumulés.

3.1 LA REAFFIRMATION DES PRINCIPES GENERAUX QUI FONDENT LA LEGITIMITE DE L'ACTION PUBLIQUE ENVERS LES SDF FORTEMENT MARGINALISES

Les valeurs humanistes assurent depuis des siècles les fondements de la société française. La considération de la valeur essentielle de la vie humaine légitime l'obligation pour la société de s'occuper de ses exclus. Cependant, la question du rôle à jouer par l'Etat quant à son implication dans le devenir des plus exclus se pose de nouveau à un moment où la sortie de la crise économique et sociale ne semble pas assurée. Il s'agit de démentir l'appréciation de Julien Damon¹⁵ qui qualifiait le clochard de « marginal n'appelant pas d'intervention publique ». Cette intervention se justifie au nom du respect de deux principes essentiels à rappeler pour remobiliser l'opinion autour d'une intervention de l'Etat à renforcer.

3.1.1 la solidarité pour renforcer la cohésion sociale

Le concept de solidarité est un élément essentiel à la préservation de l'unité de l'espèce humaine, selon les humanitaristes et les philanthropes. Il est un des éléments fondateurs du système social moderne. Cependant, les modes d'application du principe de solidarité ont

¹⁵ Docteur en sociologie et ancien responsable de la mission Solidarité SNCF.

évolué depuis cinquante ans. Selon le sociologue Jacques Donzelot, nous serions passés du modèle de la solidarité social-moderne décrit par Emile Durkheim au modèle de solidarité social post-moderne. Le modèle représenté par Durkheim reposait sur une solidarité organique, c'est à dire sur une interdépendance entre individus provoquée par la division sociale du travail. Il fut appliqué et prôné notamment par Léon Bourgeois, le père du solidarisme. Dans ce modèle, le sens de l'intervention publique résidait dans la défense de l'individu contre les risques sociaux jusqu'à son aboutissement, en ce qui concerne la France, par l'édification du système de protection sociale, vaste combinaison du système bismarckien d'assurances sociales et d'un système beveridgien de financement de l'assistance sociale par l'impôt. La signification du travail social se réduisait à la protection de la société contre les déviances individuelles. En fait, la condition de mise en œuvre de ce modèle de solidarité est l'acceptation de l'entrée dans la normalité, le refus entraînant l'exclusion sociale. Pour Donzelot, les limites du système se sont cristallisées avec l'apparition du chômage de masse. La société des assistés s'agrandissait des exclus du monde du travail, devenus incapables de fournir leur contribution au système d'assurances sociales. Ils entraient dans l'anormalité par le fait qu'ils n'acceptaient pas leur sort de nouveaux assistés. En conséquence, d'anciennes formes de solidarité seraient réapparues pour combler les défaillances du système. Ainsi, le retour d'une solidarité de similitude de conditions s'exprime par la valorisation du quartier et du vécu mais aussi par la mise en avant de démarches communautaires. Ces démarches engagées au niveau de la communauté de vie font la promotion des projets en commun et de l'insertion par la manifestation de la volonté participative au sein de la communauté. Leur dimension se réduit à celle de la communauté appartenant au même lieu de vie.

Ces mutations plus ou moins affirmées témoignent néanmoins de la permanence de la valeur centrale accordée à la solidarité. En outre, elles justifient l'exigence résurgente de renforcer la cohésion sociale et nationale pour retrouver des repères identitaires à l'aube d'une entrée encore plus intégrée dans l'espace européen.

La solidarité se définit comme l'implication de la responsabilité totale de chacun en vertu d'un engagement commun.

Ainsi, en vertu de son rôle de représentant de la nation unie et de l'intérêt général, l'Etat se trouve engagé, en tant que garant de la cohésion sociale et nationale. La Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen (DDH) du 26 août 1789 indique, dans son article 15, que « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration ». Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, intégré dans le bloc constitutionnel, comme la DDH de 1789, précise, dans son article 10 que « la nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». Il poursuit à l'article 11 : « Elle garantit à tous...la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout

être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». Il fait également référence à la « solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ». Ces textes consacrent juridiquement des principes particulièrement nécessaires à notre temps mais sans réelle force obligatoire. Toutefois, leur portée solennelle fut réaffirmée, notamment dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) du 10 décembre 1948. L'article 25-1 détaille explicitement : « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

Le rappel de cette valeur solidarité, à l'instigation des services de l'Etat, peut entraîner un effet mobilisateur important. Il peut largement contribuer à renforcer l'efficacité de l'action impulsée par l'Etat. En outre, il correspond au nouveau rôle d'animateur des politiques dévolu à l'Etat, en tant que porteur du message d'appel à la coopération de la société pour maintenir la cohésion au sein d'un monde en mutation permanente et à la lutte contre l'exclusion et la désocialisation. L'exercice de ce nouveau rôle exige une articulation pertinente entre la dimension universelle de la politique nationale définie et la dimension territorialisée des politiques locales appliquées. Les services déconcentrés de l'Etat ont ainsi une place à prendre entre les collectivités territoriales décentralisées et le monde associatif pour pérenniser la représentation de l'ensemble de la collectivité unie et solidaire.

Toutefois, l'engagement dans la démarche de solidarité suppose la double acceptation du regard de l'autre et de regarder l'autre. Il s'agit de la question de la dignité à restaurer. Par rapport à cette valeur aussi, l'Etat est engagé par la loi.

3.1.2 la dignité par l'accès aux droits

La dignité réside dans le respect que mérite chaque homme. Elle confère une valeur particulière à la condition humaine. Ainsi elle s'oppose à la pauvreté conçue comme le manque des moyens nécessaires à la vie. Déjà, la religion juive avait défini la dignité comme le principe selon lequel chaque homme est d'égale condition légitimant ainsi l'intervention

fondée sur la solidarité économique¹⁶. Justice et charité compassionnelle se trouvaient réunis en le concept de solidarité économique. Auparavant, Platon entendait concilier le respect de la morale et une organisation efficace de la société en exigeant davantage de justice sociale. Aristote avait poursuivi en distinguant la justice commutative de la justice distributive. D'abord, il s'agit de rétablir l'équilibre antérieur dans les relations entre les personnes par la justice commutative. Ensuite, il s'agit de préciser un critère de répartition des richesses légitimé par tous au nom de la justice distributive. La justice distributive égalitaire proposait une répartition uniforme au nom de la dignité humaine. Tout l'enjeu de la quête de la justice sociale par l'application du droit consiste dans la recherche de la trajectoire qui permette de tendre vers cette justice distributive, au nom de l'égalité et de la dignité, tout en assurant la justice commutative. Il est indéniable que le plus pauvre est doté d'une dignité : Alexis de Tocqueville constatait que l'espérance des pauvres se développait plus vite que leur sort matériel.

Tout cet héritage culturel définit notre identité et a largement concouru à l'inscription de l'exigence du respect de la dignité humaine dans les textes fondateurs de la République et de l'Etat français mais aussi dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme¹⁷. La loi du 29 juillet 1998 permet de donner force obligatoire au respect de ce droit naturel souvent mis à mal. Sur ce point, cette loi contredit assez heureusement le constat de Pierre Bourdieu qui observait que les politiques se reposaient sur le postulat selon lequel « les attentes et les espérances diffuses qui, parce qu'elles touchent souvent à l'idée que les gens se font de leur identité et de leur dignité, semblent ressortir à l'ordre du privé, donc être légitimement exclues des débats politiques ». De plus, elle offre la possibilité d'établir un lien entre un droit abstrait et les droits économiques et sociaux qui lui sont associés. Ils constituent, en quelque sorte, la déclinaison du droit à la dignité : droit à disposer d'un logement, droit à l'exercice d'un emploi, droit à l'éducation et à la culture. Avec le droit aux soins, ils forment le socle permettant le retour à la citoyenneté. Or, le but de rendre la dignité humaine est bien d'offrir à chaque membre du corps social les conditions de son appartenance à la société dont l'expression citoyenne constitue un élément essentiel. Le texte tente un début de concrétisation d'une intention proclamée dans d'autres textes à caractère plus solennel. Toutefois, l'objectif de « tendre à garantir sur tout le territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux » n'impose qu'une obligation de moyen concernant la création d'opportunités d'accès aux droits. Il n'en demeure pas moins une avancée considérable si l'Etat s'attache à cibler en priorité les personnes les plus éloignées de cet accès aux droits. Le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité a évoqué l'intention de « briser le noyau dur du

¹⁶ Cf. à Tsedaqua par Lionel Stoléro dans Vaincre la pauvreté dans les pays riches

chômage » lors de la présentation du programme de prévention et de lutte contre l'exclusion¹⁸. Le PRAPS de Basse-Normandie de première génération précisait : « c'est un programme pour les plus démunis et ce qui est bon pour les plus démunis l'est aussi pour les moins pauvres et les autres. » après avoir distingué les personnes « démunies » et les personnes « les plus démunies ».

Une citation de Robert Castel cerne bien l'enjeu de la cohésion sociale au centre duquel se situe la question de l'aide aux personnes SDF fortement marginalisés : « La question sociale est une aporie¹⁹ fondamentale sur laquelle une société expérimente l'énigme de sa cohésion et tente de conjurer le risque de sa fracture. Elle est un défi qui interroge, remet en question la capacité d'une société à exister comme un ensemble lié par des relations d'interdépendance »²⁰. Le rappel de cette volonté politique d'aider les plus pauvres au nom de la solidarité et du respect de la dignité humaine est un élément mobilisateur. Il a besoin d'être relayé par ceux qui sont chargés de mettre en œuvre cette politique de lutte contre la grande pauvreté dont les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales au premier chef. Ils doivent concourir également à faire évoluer les pratiques du travail social.

3.2 LA PERMANENCE DE LA DIMENSION INDIVIDUELLE DU TRAVAIL SOCIAL AU PROFIT DE L'AMORCE D'UNE VISUALISATION D'UN PROJET INDIVIDUEL

Deux objectifs essentiels à assigner au travail social peuvent permettre de rétablir un lien durable avec les SDF fortement marginalisés. Premièrement, la restauration d'une relation durable avec la personne. Deuxièmement, l'accentuation de l'approche globale de l'ensemble de ses problèmes.

3.2.1 la restauration d'une relation durable avec la personne suivie au cœur de la relation entre le SDF et le travailleur social

Le but n'est pas ici de se substituer au travailleur social dans l'appréhension de la relation individuelle avec la personne. Il s'agit seulement de sensibiliser à la problématique d'un

¹⁷ Article 1^{er} : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. »

¹⁸ le 18 juillet 2001

¹⁹ difficulté logique sans issue

public méconnu et d'ouvrir des pistes de réflexion susceptibles d'être enrichies par la concertation. Fort du constat de la profonde rupture entre le monde de la rue et la société, y compris une grande partie des travailleurs sociaux, il importe de proposer des évolutions dans le cadre de la définition des politiques locales.

Il convient de répondre au fort besoin de communication du SDF fortement marginalisé par le rétablissement de la confiance entre lui et le travailleur social de terrain afin de faire émerger l'exercice du droit à la parole du grand exclu. Dans ce but, le premier maillon d'une chaîne de contacts est d'aller à la rencontre du SDF dans son espace de vie. Cette démarche paraît fondamentale afin de permettre la détection des premiers besoins. En effet, la plupart des SDF ancrés dans la marginalité de la rue rebutent à se déplacer jusqu'aux bureaux de l'aide sociale qu'ils considèrent comme la première représentation de la société qui les aurait rejetés. Ces lieux en sont en quelque sorte le symbole qui leur revient le plus rapidement à l'esprit. Sylvain Gourbin et Monsieur Fourquemin, forts de leur expérience sur la place de Caen, confirment cette thèse. L'attente d'un rendez-vous, l'attente immédiate avant la tenue de l'entretien le jour du rendez-vous sont ressenties comme autant de contraintes qui n'encouragent pas à remettre le pied dans l'étrier de la réintégration. Au contraire, l'habitude de rencontrer dans votre espace de vie, presque au même moment de la journée, la même personne, qui ne semblera rien exiger de vous mais qui fera preuve à votre égard de la même égale attention, ne peut que susciter des interrogations salutaires qui contrastent avec une résignation usuelle et courante. Monsieur Fourquemin et l'intervenant du Trait d'Union insiste sur le long travail d'approche nécessaire pour capter la confiance du SDF. Dans ces conditions, le travail social auprès du SDF fortement marginalisé prend une dimension particulière que n'offrent pas les pratiques habituelles usitées pour d'autres publics même si elles demeurent efficaces au profit de ces derniers. Au demeurant, il présente l'avantage de mieux cerner le cadre de vie des gens de la rue et de mieux comprendre l'importance de leurs préoccupations quotidiennes qui, selon une personne normalement insérée, apparaîtraient comme dérisoires ou mineures. En outre, il garantit une remontée d'information indispensable pour analyser les besoins. Enfin, il permet d'inciter à l'expression des besoins.

Par conséquent, sur le plan opérationnel, il est primordial de favoriser le développement de dispositifs de terrain constitués d'équipes d'intervenants de rue qui pourraient intervenir en binôme. La circulaire MES/CAB 18 novembre préconise la création de ce type d'équipes mobiles²¹. Les binômes comprendraient un travailleur social formé à l'écoute et un infirmier

²⁰ Les Métamorphoses de la question sociale, édition Fayard collection Espace politique, 1996

²¹ une circulaire du 26 octobre 1999 du secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale relative à l'accueil et l'hébergement d'urgence indique que l'« accueil humanitaire » est le « premier jalon d'un processus de réinsertion » et que « la nécessité de

apte à diagnostiquer et dispenser les premiers soins. Le mode d'organisation privilégierait la mobilité géographique des équipes et une présence continue. Une présence en soirée plutôt que tôt le matin paraît préférable pour prévenir les risques liés à l'alcoolisation plus avancée des individus, notamment pour permettre un accompagnement jusqu'aux urgences. Ce travail initial doit s'inscrire dans l'ensemble du dispositif de prise en charge jusqu'à la réintégration comme une logique transitoire de médiation, ouvrant la possibilité aux SDF les plus marginalisés de rencontrer (en étant accompagné d'une personne reconnue) les travailleurs sociaux des circonscriptions sociales de secteur du Conseil Général de secteur ou des CCAS dans de bonnes conditions. Il joue alors le rôle de passerelle entre l'exclu et l'institution incarnée par les services sociaux traditionnels. Il permet également d'assurer le relais entre la rue et un dispositif de soins plus adapté à un traitement véritable des symptômes : l'hôpital général, le centre hospitalier spécialisé, le centre de soins infirmiers ou le médecin de ville. Par surcroît, cette mission d'aide dans la rue permet aussi d'évoquer les questions administratives (point sur la couverture maladie, information sur les droits à faire prévaloir – droit à une pension de vieillesse, à un minimum social - , démarches administratives pour régulariser la présence sur le territoire) ou de délivrer des informations quant aux aides matérielles accessibles (transmission des adresses des établissements d'hébergement, des lieux de distribution de colis alimentaires ou de repas, possibilités d'accéder à des vestiaires ou des douches gratuits). Ainsi, cette activité de base permet d'assumer une mission de pré-orientation en liaison avec le service d'orientation et le lieu de coordination de la veille sociale. A l'heure actuelle, elle reste la seule solution d'accompagnement encore à dispositions des personnes SDF les plus marginalisées.

Le contenu des formations au travail social doit pouvoir compte de cette autre approche de la relation individuelle. Le développement des initiatives de présentation du travail social itinérant dans l'espace public doit pouvoir y contribuer. Elles sont basées sur les valeurs sûres de l'expérience. L'exemple intéressant de l'action de l'association Sauvegarde qui procède à l'accompagnement social dans le parcours d'errance mérite d'être partagé. L'errance morale est aussi l'un des facteurs qui dissuade les personnes marginalisées de formuler leurs besoins. En outre, il importe de développer la réflexion avec les nouveaux candidats à des fonctions de travailleur social sur la nature des relations interactives existantes entre le phénomène de l'urgence sociale, affirmé dans les faits, et les perspectives de réinsertion, toujours recherchées dans la vision idéale du travail social. Ces modifications du contenu des formations peuvent être revendiquées, soutenues et argumentées par la CTTS de la DRASS auprès de la direction et du service des formations

tout mettre en œuvre pour engager une démarche d'accompagnement social et permettre l'accès à des conditions d'accueil et d'hébergement stabilisantes doit conduire à rapprocher l'action sociale des lieux d'accueil et d'hébergement ».

de l'institution en liaison puis réfléchies en liaison avec l'Institut Régional des Formations en Travail Social (IRFTS).

La consolidation de la relation de confiance suppose un suivi global et durable de l'évolution de la situation suivant un parcours balisé avec souplesse.

3.2.2 l'accentuation de l'approche globale et individualisée du traitement de l'ensemble des problèmes du SDF fortement marginalisé

Progressivement, il est important de faire engager la personne dans un processus de reconstruction personnelle qui puisse faire émerger un sens critique par rapport à l'histoire construite. Il consiste en un travail de restauration de la mémoire. Il est le point de passage nécessaire pour inciter la personne victime des conditions misérables de vie dans la rue à critiquer, voire polémiquer sur ses conditions d'existence. Le respect d'une méthode d'écoute dépourvue de l'émission d'un jugement est indispensable. Il permet de glaner sur le parcours passé de la personne des informations qui, sans l'adoption de cette attitude, n'auraient jamais été révélées. L'un des objectifs est de toucher le point sensible apte à déclencher la réactivité de la personne afin de catalyser les ressources enfouies dans l'effort de remobilisation. Le but est la restauration d'une identité sociale et la resocialisation par le rétablissement du sentiment d'utilité sociale. Le travailleur social y mobilise tout son savoir-faire concernant la structuration du rapport à l'utilisateur.

Cette démarche de restauration d'une identité sociale a besoin d'être accompagnée. Il convient alors de définir la notion d'accompagnement social. Elle repose sur l'appréhension de trois autres concepts. Par le « diagnostic social », l'accompagnant mesurera les forces et faiblesses de la personne à gérer plusieurs aspects de sa vie personnelle et sociale. Il s'agit de mesurer sa « compétence sociale », son aptitude à traiter de manière autonome des questions relevant de : l'hygiène et la santé, la gestion du budget, l'emploi et la formation, l'occupation d'un logement, l'entretien des relations familiales. En outre, l'accompagnant intervient pour effectuer de la « médiation relationnelle » c'est à dire pour revaloriser les compétences sociales de la personne mais aussi son image de soi, informer sur les droits et créer des opportunités relationnelles (entremise auprès du réseau relationnel). Un travail complémentaire de soutien moral, psychologique et d'aide matérielle conforte la démarche.

Afin de clarifier le sens de ce travail d'accompagnement social dans la durée, au profit de la personne accompagnée, il importe de le structurer et le cadrer par l'élaboration d'un projet dont la réalisation resterait à la portée de la personne qui accepte de l'entreprendre. Il s'agit de bâtir la trame d'un véritable projet de progression individualisé et global. Il reposera, de préférence, sur des obligations de moyen définies après négociation avec la personne suivie et accompagnée. Les principaux objectifs de ce projet peuvent être variés en fonction des problèmes traités en priorité ou de la considération de l'avancée au sein du parcours de réhabilitation sociale. Ils relèveront parfois de l'ordre du sanitaire. L'amélioration de l'état de santé est souvent la condition initiale à toute reconstruction sociale. Il s'agira d'une obligation de se soumettre à un sevrage d'alcool et de suivre un traitement en centre de cure ambulatoire en alcoologie ou en maison de convalescence²². Un séjour en hôpital psychiatrique pourra être proposé. Plus modestement, une consolidation des acquis de santé pourra suffire au début. Les objectifs à dominante sociale pourront être : un accès modulé à la sédentarisation (engagement de resté dans un foyer d'hébergement ou un CHRS durant un temps donné) ; la participation régulière à des rencontres entre SDF relatives à l'élaboration et la réalisation d'un projet d'entraide mutuelle (en un lieu balisé avec suivi d'un travailleur social, le choix des membres du groupe sera d'une grande importance)²³ ; la stabilisation du mieux vivre et la consolidation des acquis en termes d'autonomie ; la participation à une activité socialement utile ; l'accomplissement personnel de certaines démarches administratives (adhésion à la CMU, demande et réception de nouveaux papiers d'identité). En fait, plus important que le contenu du projet, c'est la mesure du degré d'implication et de participation de la personne qui permettra d'évaluer l'existence ou non d'un retour du désir de réhabilitation. Ainsi, le projet de progression serait voué à être enrichi au fur et à mesure de l'évolution de la trajectoire sociale de son titulaire.

Les modalités d'accompagnement de ce projet individualisé et global de progression doivent être précisées. Il pourrait être l'objet de mesures financées sur une durée initiale d'un an et renouvelées sur diagnostic du travailleur social accompagnant. Les référents au titre de ces mesures seraient identifiés au sein des circonscriptions d'action sociale de secteur (Conseil Général) des CCAS spécialisés dans l'accueil, et la prise en charge des SDF, des missions locales ou de PAIO en ce qui concerne les jeunes, et des CHRS. Ces mesures seraient organisées par leur inscription dans les SAHI, les PDI et le PRAPS. Ainsi, un SDF sédentaire de Caen pourrait être remobilisé par un éducateur du foyer qui l'héberge sur un projet de progression ciblant comme objectif initial la prise en charge progressive du problème de

²² Pour les plus cassés, une séparation totale de l'espace de vie de la rue est souvent prônée par les intervenants de rue

surconsommation d'alcool. Les obligations de moyen prévues dans le projet seraient inscrites dans le contrat d'insertion instruit par un travailleur social de secteur. Enfin, la personne participerait à une action définie dans le PRS alcool et adaptée aux publics des plus démunis selon des modalités fixées par le PRAPS.

En fait, la faisabilité financière, technique et qualitative de ce dispositif d'accompagnement social autour du projet de progression pourrait reposer sur un repositionnement des mesures d'Appui Social Individualisé (ASI encadré par des circulaires du 30 mars 1992 et du 5 mai 1995) sur les plus démunis. Ses modalités pourraient être adaptées : durée allongée à un an renouvelable après évaluation ; champ des prestataires élargi aux CHRS, aux lieux d'accueil de jour²⁴ et aux associations caritatives ; projet de progression à élaborer à chaque entrée nouvelle dans le dispositif ; nouvel accès possible à la mesure après échec avec reprise et actualisation du projet de progression. Une montée en charge financière du financement du dispositif serait indispensable afin de recruter du personnel supplémentaire formé au travail social. L'initiative de la DDASS. Dans l'Orne, un dispositif de ce type existe appelé « Accompagnement Individualisé d'Adultes » (voir descriptif en annexes).

Cette articulation autour d'une approche dynamique, qualitative et partagée impose une nécessaire harmonisation des dispositifs. Elle rend indispensable et primordial le rôle de coordination et de dynamisation des réseaux exercé notamment par les personnels administratifs, sociaux et médicaux des DDASS concernées. En outre, elle doit être orientée dans un souci de mise en cohérence entre, d'une part, les objectifs stratégiques de la politique locale et les objectifs opérationnels et, d'autre part, les objectifs opérationnels et les moyens mis en œuvre.

3.3 LA MISE EN COHERENCE DE L'ENSEMBLE DU DISPOSITIF D'AIDE AUX SDF

La mise en cohérence du dispositif d'aide aux SDF suppose l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés. Son efficacité dépendra de la montée en synergie de l'ensemble des acteurs. Cette recherche de synergie consiste en le rassemblement de leurs forces positives et en la synthèse de leurs forces positives mobilisées autour d'un objectif d'intérêt commun. Pour l'atteindre, l'engagement dans une logique de transversalité fonctionnelle est à

²³ exemple à Strasbourg, en 1995, d'une expérience de squat organisé avec projet réalisé de création d'une association de SDF appelée « Printemps 95 » et encadrée par une autre association d'accueil et de réinsertion ; le tout piloté par la DDASS du Bas-Rhin.

privilégier car elle permet un suivi plus cohérent des dispositifs transversaux et garantit l'homogénéité des diverses réponses sociales apportées.

A partir d'un positionnement clarifié des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, la mise en cohérence de l'ensemble du dispositif trouvera son effectivité dans une action de coordination souple et lisible. Son efficacité ressortira davantage du choix d'outils d'évaluation et de suivis adaptés à la réalité du terrain.

3.3.1 le positionnement des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales

Les missions des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ne sont pas détaillées par le décret du 6 décembre 1994. DDASS et DRASS sont responsables de la mise en œuvre des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales définies par les pouvoirs publics. La circulaire DAGPB n°97/53 du 27 janvier 1997 évoque le rôle d'animation stratégique des politiques régionales, départementales et locales et la mission de mise en œuvre des politiques nationales. Elle insiste sur la fonction de veille et d'alerte sociale. Ainsi, elles sont les maîtresses d'œuvre de la politique nationale d'insertion et de lutte contre les exclusions qu'elles déclinent sur le plan territorial selon une certaine marge de manœuvre en termes de conception et d'élaboration de la politique locale.

Occupant une position intermédiaire entre les acteurs de terrain et l'administration centrale, elles sont au croisement de deux logiques différentes d'une dimension temporelle et spatiale opposée. DDASS et DRASS doivent en apaiser les tensions relationnelles. La première logique tend à favoriser une réponse en temps réel aux effets imprévisibles de la situation d'urgence sur la demande émanant du terrain. La seconde réside en la nécessité de définir les grandes lignes d'une action structurelle permettant d'apporter une réponse d'intégration sociale durable.

Concrètement les missions des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales se traduisent par l'accomplissement d'un certain nombre d'action :

- l'organisation de la prise en charge des situations d'urgence par une étroite collaboration avec les autres collectivités publiques (Conseil Général, mairies), les établissements de santé et les associations (d'accueil et de réinsertion, caritatives, humanitaires)

²⁴ Voir l'expérience d'accompagnement social développée par l'Association pour l'Accueil et la Réinsertion Sociale des Adultes (ARSA) au centre d'accueil d'urgence « Le Relais » à Alençon en annexe.

- notamment dans la répartition des attributions opérationnelles et la coordination de l'aide sociale d'urgence (animation de la CASU – Commission de l'Aide Sociale d'Urgence);
- la mise en place et le suivi du dispositif de veille sociale au niveau départemental : un opérateur sera choisi sur appel d'offres pour gérer et réguler la téléphonie sociale (le 115) au jour le jour en fonction de l'intensité des appels et du niveau d'occupation des lieux d'accueil et d'hébergement ;
 - la mise en place de l'observation sociale au niveau régional pour se doter de données statistiques quant à l'évolution de l'ampleur des phénomènes à traiter ;
 - le pilotage (élaboration et conduite effective) de certains plans ou schémas : PRAPS, SAHI (au niveau départemental avant mise en perspective au niveau régional), le Plan Départemental d'Accueil des familles rejoignantes, le Schéma Départemental d'Accueil des Gens du Voyage, le Schéma Régional des Formations Sociales ;
 - la participation à l'élaboration d'autres outils de planification (liste non exhaustive) :
 - le PDI (co-piloté en général avec le Conseil Général),
 - le PDALPD (élaboré par un comité responsable dont le secrétariat est généralement assuré par la Direction Départementale de l'Équipement – DDE),
 - le Plan Départemental de l'Insertion par l'activité Économique (PDAIE, élaboré par le Conseil Départemental de l'Insertion par l'activité Économique, présidé par le Préfet et dont le secrétariat est assuré par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle - DDTEFP) ?
 - le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
 - la gestion administrative, technique et le financement de fonds (FSL, FAJ) et dispositifs dont l'ASI et l'ASLL.
 - l'articulation entre les plans (notamment étendue aux plans et schémas concernant l'organisation de la prise en charge des personnes âgées ou des travailleurs handicapés) et la coordination des dispositifs ;
 - le conseil et l'appui technique (DRASS).

La réalisation efficace de ces différentes actions repose sur la réunion de multiples capacités : capacité de dialogue et de négociation dans l'œuvre de coordination ; aptitude à l'analyse des questions traitées et à la mobilisation dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ; présence sur le terrain pour apprécier les problématiques et évaluer les effets des aides dépensées.

Les relations avec la multitude des partenaires devront s'établir sous différentes formes mais toujours dans le sens d'un renforcement. Augmenter le nombre de rencontres à tous les niveaux entre les personnels des DDASS et de la DRASS favorise la coordination régionale

dont la DRASS doit être l'élément d'impulsion. Il convient de développer les relations transversales interservices au sein d'un même service déconcentré en favorisant les échanges des visions et des pratiques sur des thématiques ou des publics traités. Il peut s'agir de la question de la montée en charge du phénomène de la polytoxicomanie dans la rue ou du thème de la souffrance mentale des SDF. De façon plus élargie, l'interministérialité doit se développer, notamment sur la problématique de l'insertion des SDF (à quelle échéance raisonnable ? Selon quelles modalités : emplois aménagés ou activités socialement utiles ? Dans quel cadre : centre d'adaptation à la vie active – CAVA - , CHRS, ateliers thérapeutiques... ?) en liaison avec d'autres services déconcentrés ou certains services de la préfecture. Avec les opérateurs, la contractualisation permet de fixer des critères d'exigence de qualité en termes d'objectifs à atteindre. De plus, elle offre aussi l'occasion de contrôler la conformité à la réglementation et d'obtenir l'indispensable information issue du terrain.

Ainsi, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales sont des maillons essentiels de la lutte contre l'exclusion et l'ancrage dans la grande pauvreté. Leur rôle moteur de pilote dans un grand nombre de dispositifs les place au cœur des enjeux de la coordination et au centre du partenariat.

3.3.2 les enjeux d'une coordination efficace : un partenariat renforcé et cohérent

La réhabilitation sociale progressive du SDF fortement marginalisé constitue la trame dans laquelle se cristallisent tous les enjeux d'une coordination efficace. On peut en dégager trois principaux. Le premier a trait à l'échange et le partage des informations concernant les actions des divers partenaires investis sur les différents volets de la lutte contre l'extrême pauvreté. Son corollaire est la recherche de la lisibilité de cette information, d'abord pour le SDF, ensuite pour les différents opérateurs qui doivent orienter et passer le relais, enfin pour les financeurs et pilotes des dispositifs amenés à les réajuster. Le second tient à la recherche de la répartition optimale des services sur le territoire en adéquation avec la nature et l'ampleur des besoins recensés. Le dernier se rapporte à la mutualisation des moyens financiers et humains rendue indispensable eu égard à la parcellisation des responsabilités et des ressources.

En privilégiant le rôle d'animateur sur celui d'opérateur, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales proposent des formes d'organisation plus souples : transversalité, interdisciplinarité, mise en réseau des opérateurs. La dynamique à insuffler

consiste à multiplier les espaces de discussion entre partenaires afin de pérenniser les échanges d'informations et de pratiques. En jouant un rôle de médiateur et d'interface entre les acteurs, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales se placent en position d'arbitre disponible pour réduire et apaiser les tensions inhérentes à l'action collective ; En outre, il se situe en communicateur capable de faire converger les points de vue en les retraduisant dans le langage des autres interlocuteurs de manière à unifier le tout en un discours commun.

Ainsi, le but recherché dans l'action essentielle de coordination est de faire converger les différentes logiques d'intervention vers un objectif commun, l'éradication des atteintes à la dignité humaine nées de l'abandon des personnes dans l'état d'extrême pauvreté absolue, par la coordination de l'examen de l'accès aux droits à partir d'un diagnostic social et sanitaire global.

Afin d'atteindre ce but, le partenariat pourrait s'organiser au niveau départemental au sein d'un pôle de lutte contre la grande exclusion. Il offrirait un cadre décloisonné dans lequel tous les acteurs impliqués resteraient mutuellement en liaison et à partir duquel toutes les actions ciblées sur le public des grands précaires seraient enrichies et harmonisées. Il pourrait également être le lieu d'émergence de nouvelles actions.

Conçu comme une entité transversale, l'organisation de ce pôle de lutte contre la grande exclusion s'effectuerait sur deux niveaux :

- un niveau décisionnel avec une instance de pilotage et de suivi.

Cette instance de prise de décision se composeraient d'un représentant de : certains services déconcentrés de l'Etat (DDASS, DDE, DDTEFP), de la direction des services sociaux du Conseil Général, des CCAS (une représentation alternée pourrait être mise en place entre les CCAS des communes les plus importantes et touchées le plus durement par l'errance dans la rue), des associations caritatives (également selon une représentation alternée), des associations d'accueil, d'hébergement et de réinsertion sociale. Elle serait co-présidé en alternance par le directeur de la DDASS, en tant que représentant de l'Etat le plus concerné par le traitement des problématiques touchant aux SDF, et le directeur des services sociaux du Conseil Général, en tant que représentant de la collectivité territoriale concernée.

Ce collège de décideurs fixerait les grandes orientations d'une politique locale intégrée et validerait les bilans d'étapes.

- Un niveau technique avec une instance opérationnelle.

Cette instance de préparation des décisions, d'échange sur les difficultés rencontrées et de partage des pratiques comprendrait : une personne qualifiée reconnue pour son

expérience du contact avec les SDF (par exemple dans le Calvados, un intervenant du Trait d'Union, du Relais Croix Rouge et de la cellule DETRES de la CPAM en alternance ; dans les autres départements, un bénévole des associations caritatives ou un travailleur social d'un CHRS ou d'un foyer d'urgence) ; un représentant du service de coordination, d'accueil et d'orientation ; un représentant de la veille sociale ; un correspondant des PASS ; un correspondant SDF des services sociaux de secteur ; un correspondant des service d'urgence de centre hospitalier.

Elle aurait vocation à ne traiter que les problèmes des grands exclus qui nécessitent un savoir-faire spécifique.

Le fonctionnement continu du pôle serait assuré par l'identification d'un correspondant « grands exclus » à la DDASS : le CTTS ou un IASS du service de l'action sociale. La DDASS assurerait également le secrétariat du pôle. La fréquence de rencontre du comité de pilotage pourrait être d'une réunion trimestrielle au cours de l'année de constitution du pôle puis d'une réunion annuelle pour valider le bilan de l'année précédente et arrêter le programme de l'année à venir. Pour ce qui concerne le comité technique opérationnel, une fréquence mensuelle de rencontres concourraient au lancement de la dynamique partenariale lors de la première année. Ensuite, des réunions au rythme d'une par trimestre permettraient l'établissement de bilans partiels, d'aborder les points de blocage dans la coordination et l'inscription de nouvelles actions dans le dispositif mis en place.

Certains outils techniques de coordination favoriseraient une gestion plus intégrée du dispositif. Ce sont :

- Le formulaire unique et individuel de prise d'informations ; il permet de recenser, pour chaque personne, toutes les catégories de questions à traiter, d'ordre social, psychologique, matériel et sanitaire de manière à envisager une prise en charge globale de la personne ; en outre, il participe d'une démarche d'appréhension unifiée et réfléchie des acteurs de la prise en charge tout en laissant à chaque intervenant la latitude de remplir le formulaire en fonction de sa culture professionnelle ou associative et sa perception des besoins de la personne ; il concourt ainsi à la simplification des démarches administratives ; enfin, il servirait de base à l'élaboration du projet de progression.
- Les guichets polyvalents ; identifiés comme étant la CAO, les centres d'accueil de jour, le service de la téléphonie sociale, les intervenants de rue pour SDF, les centres d'accueil des associations caritatives, les CHRS, les foyers d'urgence et les PASS ; ils seraient les utilisateurs du formulaire unique de prise d'information.

- Un répertoire des aides et des adresses des opérateurs à l'usage des professionnels comme outil pratique permettant l'apport d'une réponse immédiate ; il assure la lisibilité de l'ensemble du dispositif.
- Une fiche de liaison standard servant de cadre aux échanges d'informations entre opérateurs.

Les outils élaborés lors de la mise en place de la CASU pourraient servir de base de travail à la création de ces nouveaux instruments. Ils subiraient alors des modifications afin de tenir compte des particularités des problématiques des SDF fortement marginalisés et de la dimension durable de l'intervention globale à envisager.

Au niveau du terrain, des référents uniques seraient les interlocuteurs privilégiés de la personne, ils assureraient le suivi individuel, seraient identifiés au sein des institutions reconnues comme guichets polyvalents et centraliseraient les informations concernant la personne aidée.

La pertinence des objectifs, la cohérence des dispositifs mis en place et l'efficacité de la politique mise en œuvre, mobilisatrice en moyens financiers et en énergie humaine, devront être évaluées à l'aune des progrès constatés aux moyens des outils les plus représentatifs de la réalité

3.3.3 les outils d'évaluation et de suivi

Une difficulté à surmonter réside dans le décalage existant entre l'estimation de la demande, souvent réalisée à partir de l'addition des besoins des personnes prises en charge par les travailleurs sociaux, et l'appréciation de l'efficacité de la réponse, effectuée généralement a posteriori au travers de la consommation de l'offre d'aide. L'articulation entre traitement de l'urgence et intervention sociale au long cours est facilitée si la coordination repose sur des outils d'information, des indicateurs de risque et de suivi méthodologique efficaces. Ces indicateurs pourraient être regroupés dans des tableaux de bord établis au niveau départemental à la DDASS. Ils seraient élaborés sur la base des outils de suivi de la veille sociale et enrichis par les conseils techniques et méthodologiques prodigués par l'observatoire régional et la DRASS (statisticien, CTTS).

Les indicateurs retenus devront intégrer deux catégories de critères :

- des critères quantitatifs ; ils paraissent plus aisément identifiables. Certains peuvent déjà être relevés :

- le nombre de personnes rencontrées et leur répartition par âge, sexe, nationalité, situation familiale, type de ressources ;
 - le nombre de problématiques rencontrées classées par catégories (handicap physique, maladie mentale, mauvaise qualité d'hygiène, absence de ressources, absence de couverture maladie, situation à l'égard du séjour en France non régularisée, situation à l'égard de l'emploi) ;
 - le nombre d'interventions entreprises et réalisées par type d'action (simple rencontre ; entretiens approfondis ; recherche d'hébergement ; recherche d'un emploi, d'un stage ou d'un emploi ; aide à l'accomplissement de démarches administratives – demande de revenu social minimum, demande de couverture maladie, demande du statut de réfugié - ; de mande de mise sous tutelle aux prestations sociales ; distribution d'une aide alimentaire, vestimentaire ou financière ; écoute et soutien psychologique ; apport d'informations sur les droits ; accompagnement physique dans l'accomplissement d'une démarche ; contact téléphonique ;
 - le nombre et la situation géographique des lieux de rencontre des SDF...
- des critères qualitatifs ;
- les premiers se rapporteront au suivi de la prise en charge individuelle proprement dite ; ils seront appréciés par les acteurs du terrain. Ils concerneront, d'une part, l'appréciation de l'évolution des situations individuelles sur les plans matériel, sanitaire, familial, psychologique et relationnel, et d'autre part, l'appréciation du degré de satisfaction du public par rapport au service rendu (notamment quant à la réponse apportée à la situation d'urgence) ;
 - les seconds serviront à évaluer le fonctionnement du dispositif ; d'une part, ils donneront des indications sur la qualité du travail social accompli par les acteurs de terrain (exemples : contribution à la rupture de l'isolement, instauration de la confiance, respect du mode de vie ; promotion de la personne ; prévention sociale) ; d'autre part, ils couvriront le champ de la coordination (fréquence d'utilisation des fiches de liaison, fréquence des contacts avec les partenaires) ; ils feront l'objet d'une évaluation interne au niveau de chaque institution intervenante et d'un partage avec les partenaires.

Ce suivi permettra d'enrichir le formulaire de prise d'informations de manière à compléter le contenu du dossier individuel. En outre, il concourt à une meilleure visualisation du circuit de l'information. De surcroît, cette information est la matière indispensable à une analyse plus fouillée des facteurs d'ancrage dans la pauvreté. Ainsi, la détection améliorée des risques d'ancrage peut permettre non seulement une anticipation plus réactive des besoins à

satisfaire mais aussi de faciliter l'action préventive. Enfin, un suivi régulier de qualité peut présenter l'intérêt pédagogique supplémentaire de susciter l'émergence d'une charte des bonnes pratiques nourries des expériences positives des différents acteurs sur la base des valeurs humanitaires et sociales universellement reconnues.

CONCLUSION

En 1988 déjà, Serge Milano estimait que « La pauvreté se pose en termes de survie sociale pas de survie physique ».²⁵ A fortiori, pour les personnes sans domicile fixe depuis trop longtemps et fortement marginalisées du fait de leur exclusion sociale de fait, ne serait-ce que par le constat de leur faible fréquentation des services sociaux traditionnels (notamment de secteurs), l'accompagnement social dans la durée s'impose. La recherche d'un début d'intégration sociale par la restauration du sentiment de dignité est l'enjeu de cet accompagnement dans la durée.

Les personnes SDF fortement marginalisées, en dépit de la diversité de leurs trajectoires combinent quelques caractéristiques propres : un cumul de conditions sanitaires, matérielles, morales et sociales d'existence gravement dégradées et très rarement choisies ; une absence de vision de l'avenir ; le très faible recours aux services d'aide institutionnels.

Devant la multiplicité et la complexité du dispositif d'aides mis en place, il s'agit, au niveau de la prise en charge individuelle, d'abord, de considérer les parcours personnels avant de choisir la solution de soutien dans la durée la plus pertinente. Le rétablissement de la confiance en est le préalable et implique le retour à la rencontre de ce public sur son espace de survie de la part d'intervenants sanitaires et sociaux spécifiquement formés. Ensuite, la sensibilisation à l'appréhension de l'avenir semble nécessaire afin d'éviter la réduction de l'intervention à la répétition de l'aide d'urgence et peut servir de base à la proposition de projets d'intégration sociale (plutôt que d'insertion) modestes mais réalistes, notamment en termes d'acquisition d'autonomie.

Les conditions d'une approche globale de leurs besoins multiformes résident dans la mise en cohérence d'un large panel d'aides, souvent complémentaires mais dévolues à des responsables pas toujours bien identifiés et imparfaitement coordonnés.

Ainsi, au niveau de la définition et de la mise en œuvre de la politique locale de lutte contre la grande pauvreté, l'indispensable renforcement du partenariat nécessite un découpage des missions de chacun clarifié dans la concertation. Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont un rôle majeur à jouer dans la juste répartition et l'harmonisation des actions définies au titre de la politique locale, notamment par l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des SAHI et du PRAPS.

La complémentarité des positionnements de la DRASS et des DDASS conditionne largement la réussite de la politique de lutte contre la grande pauvreté entreprise : observation sociale, appui technique et mise en perspective régionale pour la DRASS,

²⁵ LA PAUVRETE ABSOLUE, HACHETTE, COLLECTION MUTATIONS, 1988

pilotage des plans départementaux, impulsion et suivi des actions locales et mobilisation des acteurs de terrain pour les DDASS.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué par leur disponibilité, le témoignage de leur expérience ou leur métier à m'inspirer pour la rédaction de ce mémoire en m'ouvrant les portes de leur service, de leur établissement mais aussi de leur savoir.

Je remercie plus particulièrement, d'une part, ma maîtresse de stage, Madame Chevalier, chef du pôle social de la DRASS de Basse-Normandie, pour m'avoir judicieusement guidé tout au long du stage et orienté vers des acteurs et structures impliqués dans l'aide aux SDF et, d'autre part, Monsieur Lecorps, mon accompagnant mémoire pour ses conseils méthodologiques et bibliographiques.

Enfin, j'adresse mes derniers remerciements à tous ces gens de la rue qui ont accepté de me livrer leur témoignage et de me faire partager leur vécu. Je pense plus spécialement à Totor, Alain, Christo, Gilles, Gino, Joe, Luigi et Madjid.

Bibliographie

Ouvrages

- ✎ BOURDIEU Pierre, *La Misère du monde*, Seuil, Paris, 1993
- ✎ DECLERCK Patrick, *Les Naufragés*, Plon, coll. Terre humaine, Saint-Amand-Montrond, 2001
- ✎ GEREMEK Bronislaw, *La Potence ou la pitié, l'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jours*, Gallimard, Paris, 1987
- ✎ MILANO Serge, *La Pauvreté absolue*, Hachette, Paris, 1988
- ✎ PAUGAM Serge (sous la direction de), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Découverte, Paris, 1996
- ✎ PROLONGEAU Hubert, *Sans Domicile Fixe*, Hachette, Paris, 1993
- ✎ STOLERU Lionel, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, Flammarion, 1974

Rapports

- ✎ Conseil Economique et Social (avis de Geneviève DE GAULLE-ANTHONIOZ), *La grande pauvreté, évolution des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*, Journal Officiel, Paris, 1995
- ✎ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la Santé Publique, *La Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP 1998
- ✎ Laboratoire Etudes, Recherches, Formation en Action Sociale (LERFAS), *Etude sur la mise en œuvre de la loi de Lutte contre les exclusions par les services déconcentrés – ressources humaines et perspectives*, site intranet du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001
- ✎ Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social, *Rapport 2000*, La Documentation française, 2000
- ✎ Secours Catholique, *Rapport statistique 2000*, 2001

Articles

- ☞ « La Lutte contre les exclusions .Le second programme 2001-2003 » in Actualités Sociales Hebdomadaires , août 2001, n°2225
- ☞ DAMON Julien, « Les Sans Domicile Fixe » in Regards sur l'actualité, avril 1999, n°250
- ☞ DAMON Julien, « Les Sans Domicile Fixe » in Alternatives Economiques, octobre 1999, n°174
- ☞ PROCACCI Giovanna, « De la Mendicité à la question sociale » in MERRIEN François-Xavier, Face à la Pauvreté.L'Occident et les pauvres hier et aujourd'hui, Editions ouvrières, 1994

Séminaire

- ☞ DRASS Midi-Pyrénées et DRASS Languedoc-Roussillon, synthèse des travaux du séminaire sur « L'Urgence Sociale » ; Montpellier, 14-15 octobre 1999 ; Saint-Chély d'Aubrac, 12,13 et 14 septembre 2000

Principaux textes législatifs

- ☞ loi n° 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- ☞ loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion
- ☞ loi n°90-449 du 31 mai 1990 relative à la mise en œuvre du droit au logement
- ☞ loi n° 98-557 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- ☞ loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle
- ☞ loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain

Liste des annexes

Annexe 1 : indications méthodologiques et investigations en Région Basse-Normandie

Annexe 2 : grille d'entretien utilisée pour recueillir les propos des personnes SDF

Annexe 3 : fiche action « Accompagnement Individualisé d'Adultes » proposée dans le Programme Départemental d'Insertion de l'Orne 2001

Annexe 4 : tableaux de bord des minima sociaux au 1^{er} juillet 2001

ANNEXE 1

INDICATIONS METHODOLOGIQUES ET INVESTIGATIONS

Après une première approche livresque et indirecte du monde SDF (cf à la bibliographie), la participation au séminaire interprofessionnel de l'ENSP sur l'errance, il convenait, d'abord, de compléter l'appréhension de la problématique des SDF fortement marginalisés de la région Basse-Normandie par une rencontre directe sur le terrain du public, d'une part, des acteurs de tout ordre impliqués dans la recherche de solutions aux multiples questions sociales posées, d'autre part.

En outre, l'étude de différents documents formalisés par la DRASS et ses différents partenaires, concepteurs et opérateurs, m'a permis de cerner les caractéristiques du contexte économique et social local et d'apprécier les points forts et les manques du dispositif mis en place.

Les entretiens avec des personnes sans domicile fixe fortement marginalisées

J'ai pu obtenir des témoignages sincères et détaillés auprès de personnes, actuellement ou anciennement SDF de Normandie, avec lesquels mon parcours et ma quête d'expériences personnelles m'avaient donné l'occasion de créer des liens. M'ayant accordé leur confiance et après avoir eu le temps d'intégrer les raisons et la portée de ma demande d'entretien, ils m'ont accordé leur disponibilité (cf. grille d'entretien annexée).

Les entretiens avec les acteurs de l'aide aux SDF

Mon maître de stage, Mme Chevalier, pilote du pôle social de la DRASS, m'a largement guidé dans le choix des structures et interlocuteurs à découvrir sur le critère essentiel de l'accessibilité au SDF. Il s'agissait non seulement de recueillir des entretiens personnalisés, aptes à saisir les l'interaction entre les trajectoires professionnelles et les expériences relationnelles avec les personnes « à la rue », mais aussi d'observer, sur une journée, le fonctionnement de certaines structures intervenantes.

Ainsi, ont participé à un entretien personnalisé à partir d'une grille d'entretien ouvert :

- ☞ Mr Chantrel, Directeur de l'association ARSA (Accueil et Réinsertion sociale des Adultes) de l'Orne
- ☞ Mme Israël, assistante de service social de la CAO (Coordination d'Accueil et d'Orientation) de l'Orne
- ☞ Mlle Grouazel, animatrice du réseau de veille sociale et du 115 dans l'Orne
- ☞ Mrs Leclerc et Rupp, animateurs du foyer d'urgence Jacques Cornu de Bayeux
- ☞ Mr Declosmesnil et animateur de la cellule DETRES (DEtection et TRaitement de l'Exclusion Sociale) de la CPAM du Calvados
- ☞ Mr Gourbin, intervenant social de l'association caennaise Le Trait d'Union, service de rencontre des SDF, d'écoute, d'accompagnement social et de traitement des situations d'urgence sociale
- ☞ Mr Fourquemin, président du Comité d'aide aux Sans-logis de Caen et personnage historique reconnu sur Caen pour son action auprès des SDF depuis plus de quarante ans
- ☞ Mmes Delavault et Porterie, infirmières itinérantes du Relais Croix Rouge, unité de proximité et de soins
- ☞ Mme Marie, médecin de la cellule d'appui santé RMI de la DDASS du Calvados
- ☞ Mme Férey, assistante de service social de la DDASS du Calvados
- ☞ Mme Lesueur, assistante sociale de la Coordination Accueil Orientation de Caen

Les structures visitées

Les structures observées sur le terrain dans leur organisation et leur fonctionnement sont :

- ☞ la CAO et la cellule du 115 et de veille sociale de l'Orne
- ☞ le foyer d'urgence Jacques Cornu de Bayeux qui a vocation à se transformer en CHRS eu égard à ces « actions d'adaptation à la vie active par l'apprentissage ou le réapprentissage des règles nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle » (art. 3 déc. 3 juillet 2001 relatif aux conditions de fonctionnement et de financement des CHRS)
- ☞ le Département d'Accueil et de Traitement des Urgences (DATU) du CHU de Caen
- ☞ l'unité de proximité et de soins le Relais Croix Rouge

- ✿ l'association d'accompagnement social d'urgence des SDF dans la rue le Trait d'Union
- ✿ la cellule DETRES de la CPAM du Calvados
- ✿ la CAO du Calvados

Les autres contacts auprès des structures et acteurs impliqués dans l'aide sociale et sanitaire aux SDF fortement marginalisés

Ces investigations sur le terrain m'ont également mis en contact avec d'autres structures telles :

- ✿ la PASS de la clinique « La Miséricorde » de Caen
- ✿ le foyer d'urgence « le Cap Horn » de Caen
- ✿ le centre d'accueil de jour « La Boussole » à Caen
- ✿ le CHRS de l'association Revivre à Caen

La participation à des réunions de travail et instances diverses ont étayé mon travail de réflexion notamment :

- ✿ la réunion interdépartementale du personnel de direction des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales sur le bilan du dispositif ASI et le réajustement des orientations politiques régionales
- ✿ la présentation au CROSS social des SAHI (schémas départementaux d'accueil d'hébergement et d'insertion) et de leur mise en perspective régionale)
- ✿ la session inter-écoles de l'ENSP sur « l'Errance » du 5 au 9 mars 2001 (avec visite du centre d'accueil de jour « Le Puzzle » de Rennes)
- ✿ l'atelier « Réponse à l'urgence sociale, réponse durable ? » lors des journées de l'ENSP « Santé, social, la fin des évidences ? » les 22 et 23 novembre 2001

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTRETIEN

Renseignements personnels et parcours de vie

Lieu de naissance

Age

Parcours de vie

* professions exercées

* relations affectives et familiales

* parcours au sein du dispositif d'aide sociale

Lieux de vie

Domiciliation réelle,
administrative

Lieux d'exercice du sommeil

Autres espaces de vie

Santé

Pathologies diagnostiquées et traitement prodigué

* maladies somatiques

* problèmes psychiatriques ou psychologiques

Fréquence des rapports avec des professionnels de la santé

Importance accordée à la santé

Environnement relationnel

Relations avec la famille (conception personnelle de la famille, état actuel des relations avec la famille d'origine, la famille constituée)

Relations amicales (niveau de confiance accordé à chacun)

* les amis

* les copains

* les autres relations (appellation personnelle, nature volontaire ou imposée de ces relations)

Rapports avec les acteurs et institutions de l'aide sociale et sanitaire (fréquence des rencontres, appréciation du suivi)

* les intervenants de l'aide sanitaire et médicale

* les médecins

* les infirmiers

* les acteurs sociaux

* les assistants sociaux

* les psychologues

* les éducateurs, les animateurs

* les structures

* les hôpitaux

* les foyers d'hébergement

* les lieux d'accueil et d'orientation

* les structures d'aide à l'insertion

Activités exercées

* physiques

* culturelles et de détente

Déroulement courant d'une journée

Conditions matérielles de subsistance

Charges

Ressources

* nature : revenus réguliers

: ressources ponctuelles

* provenance : institutions étatiques

: employeurs éventuels déclarés ou non

: réseau personnel d'entraide, de débrouille

Espace d'opinion

La vision de l'avenir sur les plans :

* matériel et social

* relationnel et affectif

Quelques thèmes

* la violence,

* le travail,

* les drogues,

* la vie et la mort

ANNEXE 3

TITRE DE L'ACTION	SECTEUR GEOGRAPHIQUE
ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE D'ADULTES	DEPARTEMENT

Organisme support :

Action initiée par le Service RMI, le Département, la DDASS, la DDTEFP, l'ANPE

ALENCON / SEES : IRFA

L'AIGLE / MORTAGNE : INFREP

FLERS / LA FERTE MACE ou DOMFRONT : L'Etape

ARGENTAN / VIMOUTIERS : IREO Saint Martin

Public Handicapé : ESPR (pour l'ensemble du Département)

Objectif :

Etre capable de s'engager dans la construction d'un parcours d'insertion sociale et professionnelle : enclenchement d'une dynamique d'insertion.

Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes les plus en difficulté pour lesquelles une action préalable est nécessaire pour initier le parcours d'insertion.

Nature de l'action menée en faveur des bénéficiaires du RMI :

Suivi personnalisé de chaque personne avec mise en place d'entretiens individualisés et actions collectives d'une durée maximale de 6 mois.

Nombre de personnes susceptibles d'être intégrées dans l'action : 146 en grande difficulté (personnes de plus de 50 ans, handicapés, chômeurs longue durée, bénéficiaires du RMI)

Dont Nombre de bénéficiaires du RMI : 80

Dont Nombre de personnes handicapées (éventuellement allocataires du RMI) : 29

Partenaires de l'action :

Commission Locale d'Insertion et tout autre acteur d'insertion sociale et professionnelle concerné.

Coût et montage financier prévisionnel :

- Coût et montage financier de l'action menée en faveur des bénéficiaires du RMI :

DDTEFP	200.000		
DDASS	100.000		
Département	400.000		
	<u>700.000 F</u>		

- Somme accordée par le Département : 400.000 F

Calendrier de l'action menée en faveur des bénéficiaires du RMI :

Année 2000

TABLEAU DE BORD

Au 1^{er} juillet 2001**Accidents du travail**

- Indemnités journalières
 - 28 premiers jours, 60 % salaire, maximum : 897,71 F.
 - À partir du 29^e jour, 80 % salaire, maximum : 1.196,55 F.
- Frais funéraires : 7.475,00 F.
- Allocation pour assistance d'une tierce personne
 - 40 % de la rente.
 - Minimum : 5.881,24 F/mois.

Aide juridictionnelle

- Aide juridictionnelle totale
 - Plafond de ressources mensuel : 5.175 F.
 - Augmenté par personne à charge de : 588 F.
- Aide juridictionnelle partielle
 - Plafond de ressources mensuel : 7.764 F.
 - Augmenté par personne à charge de : 588 F.

Aide sociale aux personnes âgées

- Plafond de ressources annuelles - personne seule : 44.914 F. - ménage : 78.670 F. Ce plafond peut être majoré par le département.
- Allocation représentative des services ménagers : 60 % du coût des services ménagers ou 30 h d'aide ménagère par mois. Participation de l'usager : selon le département.
- Placement : somme mensuelle minimale laissée à la personne placée : 439 F.

Allocation d'adoption

- Montant : 1.003,96 F/mois.
- Plafond de ressources : comme A.P.J.E. (voir ci-dessous).

Allocations familiales

- Base de calcul : 2.196,38 F/mois.
- 2 enfants : 699,49 F. - 3 enfants : 1.594,99 F. - 4 enfants : 2.491,48 F. - par enfant supplémentaire : 896,50 F.
- Majoration enfant de plus de 11 ans : 197,01 F. ; de plus de 16 ans : 349,25 F.
- Revenu maximum mensuel de l'enfant à charge : 4.063,78 F.

Allocations aux handicapés

- Allocation aux adultes handicapés
 - Complément : 585 F.
 - Montant : 3.654,50 F/mois.
 - Montant minimal
 - En cas d'hébergement ou de détention : 438,54 F/mois.
 - En cas d'hospitalisation : 621,26 F/mois.
 - Plafond de ressources année 2000 - célibataire : 43.947 F. - marié : 87.894 F. - en plus par enfant à charge : 21.973,50 F.
- Allocation compensatrice pour tierce personne
 - Montant : de 2.352,49 F. à 4.704,99 F/mois.
 - Plafond : plafond de l'A.A.H. (voir ci-dessus) majoré du montant de la prestation accordée. Ce plafond peut être majoré par le département.
- Garantie de ressources : % du S.M.I.C. variant selon le secteur d'activité : T.S.A., n° 839 du 6/7/2001.
- Allocation d'éducation spéciale : 703 F/mois.
 - Complément 1^{re} catégorie : 527 F/mois.
 - Complément 2^e catégorie : 1.581 F/mois.
 - Complément 3^e catégorie : 5.882 F/mois.

Allocation pour jeune enfant

- Montant : 1.003,96 F/mois.
- Plafond de ressources, revenu net catégoriel de 2000
 - Ménage 1 revenu, 1 enfant : 111.810 F., 2 enfants : 134.172 F., par enfant en plus : 26.834 F.
 - Ménage 2 revenus et personne isolée, 1 enfant : 147.761 F., 2 enfants : 170.123 F., par enfant en plus : 26.834 F.

Allocation de parent isolé

- Minimum mensuel garanti
 - Femme enceinte, sans enfant à charge : 3.295 F.
 - Parent isolé avec 1 enfant à charge : 4.393 F.
 - Par enfant en plus : 1.098 F.

Allocation parentale d'éducation

- Activité à temps partiel
 - Au plus 50 % d'un temps plein : 2.060,65 F/mois.
 - Au plus 80 % d'un temps plein : 1.558,17 F/mois.
- Cessation complète d'activité : 3.115,35 F/mois.

Allocation de présence parentale

- Ménage
 - Activité à temps partiel
 - Au plus 50 % d'un temps plein : 2.060,65 F/mois.
 - Au plus 80 % d'un temps plein : 1.558,17 F/mois.
 - Cessation complète d'activité : 3.115,35 F/mois.
- Personne isolée
 - Activité à temps partiel
 - Au plus 50 % d'un temps plein : 2.719,34 F/mois.
 - Au plus 80 % d'un temps plein : 2.060,65 F/mois.
 - Cessation complète d'activité : 4.120,30 F/mois.

Allocation de soutien familial

- Orphelin de père et mère (ou assimilé) : 655,71 F/mois.
- Orphelin de père ou mère (ou assimilé) : 491,53 F/mois.

Assistante maternelle**Aide à l'emploi (A.F.E.A.M.A.)**

- Montant réel des cotisations sociales patronales et salariales si le salaire de l'assistante maternelle n'excède pas, par jour et par enfant : 218,60 F.
- Majorations
 - Enfant de moins de 3 ans : 1.283,55 F., 1.014,90 F. ou 840,78 F. selon les ressources de la famille.
 - Enfant de 3 à 6 ans : 641,78 F., 507,45 F. ou 420,89 F. selon les ressources de la famille.

Assurance maladie**Indemnités journalières**

- Cas général
 - 50 % du salaire de base (à partir du 4^e jour d'arrêt), puis 51,49 % (à partir du 7^e mois).
 - Maximum : 249,16 F., puis 256,28 F.
 - Minimum : 50,05 F.
- Assurés ayant 3 enfants à charge
 - 2/3 du salaire de base (à partir du 31^e jour d'arrêt), puis 68,66 % (à partir du 7^e mois).
 - Maximum : 332,22 F., puis 341,71 F.
 - Minimum : 66,73 F.

Assurance maternité**Indemnités journalières**

- 100 % du salaire net journalier de base
 - Maximum : 400,26 F./jour (391,29 F./jour en Alsace-Moselle).
 - Minimum : 50,05 F./jour.

Assurance veuvage

- Montant mensuel : 3.230 F. les deux premières années et au-delà si maintien jusqu'à 55 ans.
- Plafond : l'allocation est dégressive dans la limite d'un plafond de 12.113 F./trimestre.

Capital-décès

- 90 fois le gain journalier de base de l'assuré décédé
 - Maximum : 44.850,00 F.
 - Minimum : 1.794,00 F.

Chômage assurance*

- Allocation de retour à l'emploi (A.R.E.) et Allocation unique dégressive (A.U.D.) (régime transitoire)
 - Allocation de base journalière : soit 62,73 F. + 40,4 % du salaire journalier de référence, soit 57,4 % du salaire journalier de référence.
 - Minimum : 152,94 F./jour.
 - Maximum : 75 % du salaire journalier de référence.
- Limite de dégressivité de l'A.U.D. (régime transitoire)
 - Cas général : 109,58 F./jour.
 - Chômeurs âgés : 137,42 F./jour.
- Allocation de formation reclassement minimale (régime transitoire) : 156,00 F./jour.
- Durées d'indemnisation : T.S.A., n° 808 du 11/2/00.

Chômage solidarité

- Allocation d'insertion : 60,52 F./jour.
- Allocation spécifique d'attente
 - Montant mensuel minimal : 1.750 F.
 - Ressources mensuelles minimales garanties : 5.000 F.
- Allocation de solidarité spécifique
 - Montant
 - Règle générale : 85,91 F./jour.
 - Allocataires de 55 ans ou plus justifiant de 20 ans d'activité salariée, allocataires de 57,5 ans ou plus justifiant de 10 ans d'activité salariée et allocataires justifiant de 160 trimestres d'assurance vieillesse : 123,40 F./jour.
 - Plafond de ressources
 - Personne seule : 6.013,70 F.
 - Couple : 12.027,40 F. (attribution antérieure au 1/1/97) ou 9.450,10 F. (attribution postérieure au 31/12/96).

Complément familial

- Montant mensuel : 910,43 F.
- Plafond de ressources : comme l'A.P.J.E. (voir ci-dessus).

Couverture maladie universelle

- Affiliation obligatoire à la sécurité sociale : cotisation sur la part des ressources (revenu net catégoriel 1998) excédant 42.000 F., si non bénéficiaire de la couverture complémentaire.
- Protection complémentaire santé gratuite : plafond de ressources mensuelles
 - Personne seule : 3.600 F.
 - Deux personnes : 5.400 F.
 - Trois personnes : 6.480 F.
 - Quatre personnes : 7.560 F.
 - Par personne en plus : 1.440 F.

* Montants au 1^{er} juillet 2001 non connus à l'heure de la mise sous presse.

Forfait hospitalier

- 70 F./jour.

Minimum garanti

- À ne pas confondre avec le S.M.I.C. Serit de référence à diverses allocations ou indemnités sociales : 19,11 F.

Pension d'invalidité

- Invalide pouvant travailler
 - 30 % du salaire moyen des 10 meilleures années.
 - Maximum : 4.485,00 F/mois.
 - Minimum : 1.501,75 F/mois.
- Invalide ne pouvant pas travailler
 - 50 % du salaire moyen des 10 meilleures années.
 - Maximum : 7.475,00 F/mois.
 - Minimum : 1.501,75 F/mois.
- Majoration pour tierce personne : 5.881,42 F/mois.

Plafond de calcul des cotisations de sécurité sociale

- 14.950 F/mois du 1/01/2001 au 31/12/2001.

Prestation spécifique dépendance

- Montant maximum : 5.881,24 F/mois. Ce montant peut être majoré par le département.
- Allocation différentielle dans la limite d'un plafond de ressources mensuelles fixé à ** :
 - Personne isolée : 6.366,66 F.
 - Ménage : 10.644,41 F.
- majoré du montant de la prestation accordée.

Primes de déménagement

- Frais réels dans un maximum de
 - Famille, 3 enfants : 5.271 F.
 - Par enfant en plus : 439 F.

Revenu minimum d'insertion

- Minimum mensuel garanti
 - Allocataire seul : 2.608,50 F.
 - Deux personnes : 3.912,75 F.
 - Par enfant supplémentaire : 782,55 F.
 - Par enfant à partir du 3^e : 1.043,40 F.

Salaires : valeurs du point

- C.C. 1951 : 26,55 F. (au 1/1/98).
- C.C. 1966 : 22,29 F. (au 1/1/98).
- C.C. 1970 (A.D.M.R.) : 22,86 F. (au 1/7/98).
- C.C. 1983 (U.N.A.S.S.A.D.) : 57,28 F. (au 1/7/98).
- Fonction publique : 28,128 F. (au 1/5/01).

S.M.I.C.

- Horaire : 43,72 F. (34,58 F. net).
- Hebdomadaire pour 39 h : 1.705,08 F. (1.348,72 F. net).
- Mensuel pour 169 h : 7.388,68 F. (5.844,45 F. net).

Vieillesse

- Allocation spéciale de vieillesse
 - Montant : 1.501,75 F/mois.
 - Plafond de ressources annuelles : comme ci-dessus allocation supplémentaire (ex-F.N.S.).
- Allocation supplémentaire (ex-F.N.S.)
 - Montant - bénéficiaire seul : 2.152,72 F/mois - chaque conjoint bénéficiaire : 1.776,16 F/mois.
 - Plafond de ressources annuelles - personne seule : 44.914 F. - ménage : 78.670 F.
- Allocation vieillesse aux mères de famille : même taux et même plafond que l'A.V.T.S. (voir ci-dessus).
- Allocation aux vieux travailleurs salariés
 - Montant : 1.501,75 F/mois.
 - Bonification pour 3 enfants : 150,17 F/mois.
 - Plafond de ressources : comme ci-dessus F.N.S.
- Assurance vieillesse
 - Pension - minimum : 3.373,71 F/mois pour 37,5 ans d'assurance réduit de 1/150^e (22,49 F.) par trimestre manquant - maximum : 7.475,00 F/mois.
 - Majoration pour conjoint à charge : 333,33 F/mois ou 1.501,75 F/mois si les ressources du ménage ne dépassent pas 78.670 F/an.
 - Majoration « tierce personne » : 5.881,24 F/mois.
 - Bonification pour 3 enfants : 10 % de la pension.
- Minimum vieillesse
 - Personne seule : 3.654,50 F/mois.
 - Ménage : 6.555,83 F/mois.
 - Plafond de ressources : comme ci-dessus F.N.S.
- Pension de réversion
 - 54 % de la pension du défunt.
 - Majoration pour enfant à charge : 516,36 F/mois.
 - Minimum : 1.501,75 F/mois.
 - Plafond du cumul : 65.481,00 F/an.
 - Plafond de ressources trimestriel : 22.734,40 F., annuel : 90.937,60 F.

** Arrêté à paraître.