LE MAGAZINE DE LA FNARS
N°6 - HIVER 2014

DOSSIER

LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

« QUAND LA VIE SE FAIT AU JOUR LE JOUR, COMMENT PRENDRE DES RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET SUIVRE DES TRAITEMENTS ? »

FNARS
agir pour la solidarité

« ÉLARGIR L'OUVERTURE DU SECTEUR SOCIAL AUX AUTRES SAVOIRS »

Les professionnels du travail social et de nombreuses personnes accompagnées se sont rassemblés à la fin de l'année 2013 pour discuter ensemble de l'avenir du travail social. Lors de ces journées nationales du travail social, organisées par la FNARS, les travailleurs sociaux ont souvent évoqué le manque d'appui, de formations ou de moyens pour faire face, de manière la plus professionnelle qui soit, aux difficultés, de plus en plus nombreuses, des personnes qu'ils accompagnent. L'augmentation des troubles mentaux, du recours aux drogues, ou des maladies graves soignées avec retard, ne doit être ni un tabou ni une cause de découragement. Elle doit par contre être combattue en luttant efficacement contre les inégalités d'accès aux soins des plus démunis et en aidant les travailleurs sociaux à trouver les bons gestes et les mots pour accompagner les personnes à la santé fragile. L'accompagnement global que défend la FNARS comprend bien le retour au droit commun en matière de santé et cet élément du parcours ne peut être relégué au second plan sans risquer un échec de la réinsertion tout entière. Les intellectuels et médecins ont fortement milité pour la fermeture des asiles psychiatriques dans les années 70, et ils ont eu, bien heureusement, gain de cause. Mais l'après ne s'est pas engagé comme ils l'avaient prévu. Aujourd'hui, les structures d'hébergement accueillent des psychotiques, c'est un fait. Le décloisonnement des secteurs social et médical est un enjeu très important, qu'il faudra veiller à mettre en texte dans la loi sur la santé publique que la ministre de la Santé prévoit de faire voter en 2014. Nous devrons regarder cette nouvelle année comme celle où un nouveau cap positif aura été franchi avec succès pour l'accès aux soins des précaires de notre pays. Mais nous ne pourrons y arriver que si le secteur social continue son ouverture aux autres savoirs ; et notamment ceux des professionnels de santé, dont l'analyse des comportements, le vocabulaire et les solutions viennent conforter la qualité de l'accompagnement des personnes par les travailleurs sociaux. Si l'isolement des personnes n'est pas souhaitable, celui des professionnels ne l'est pas non plus. Les partenariats entre le secteur sanitaire, social et médico-social ont fait leur preuve, regardons par exemple les équipes pluridisciplinaires, alors qu'attendre de plus pour miser sur la complémentarité ?

Louis Gallois, Président de la FNARS

SOMMAIRE

© Julien Jaulin

2 **ÉDITORIAL** de Louis Gallois, Président de la FNARS

3 **ACTUALITÉS**
- Travail social : les prémices d'une R-évolution
- Quand l'homophobie met les jeunes à la rue…
- CVS, mode d'emploi
- Entrer dans la matière
- De l'éco-citoyenneté à l'insertion

7 DOSSIER
LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

8 **ENTRETIEN AVEC JEAN-FRANÇOIS**
9 **PENSER À SOI MALGRÉ LA PRÉCARITÉ**
- **Focus :** Le logement peut nuire à la santé
- **Focus :** La santé des personnes détenues au second plan
- **Interview :** Alain Mercuel

15 **REPORTAGE**
Aller vers la souffrance

18 **Accompagner**
- SCAMPS, expérimentation à mi-parcours
- Housing First Europe : un bilan encourageant

20 **Perspectives**
- Les enjeux santé pour 2014
- **Vue d'ailleurs :** Le projet MB danois

23 **PORTRAITS CROISÉS**
Veilleur de nuit

25 **ANALYSE**
Analyse politique :
Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté : où en est-on un an après ?
Analyse juridique :
Les réformes du surendettement et la crise

27 **ENGAGÉS ENSEMBLE**
Sans-abri, mais père avant tout

28 **INITIATIVES**
Deuxième chance au café-restaurant solidaire et culturel

30 **PÉRISCOPE**

32 **L'INVITÉ**
Dominique Baudis

F - N°6 - HIVER 2014 - LE TRIMESTRIEL DES ADHÉRENTS DE LA FNARS ••• 76, rue du Faubourg-Saint-Denis - 75010 Paris - Tél : 01 48 01 82 00 - Fax : 01 47 70 27 02 - www.fnars.org - fnars@fnars.org • **Directeur de la publication :** Florent Guéguen • **Rédactrice en chef :** Céline Figuière • **Rédactrice en chef adjointe :** Laure Antoine • **Directeur de création :** Bruno Franceschini/MokaDesign • **Abonnements :** Nora Fekkar • **Impression :** STIPA • **Photos et dessins :** Julien Jaulin • **Coordination du dossier :** Marion Lignac • **Ont participé à ce numéro :** Katya Benmansour, François Brégou, Geneviève Colinet, Samuel Le Floch • **Remerciements :** à l'équipe mobile de précarité psychiatrie des Hôpitaux de Saint-Maurice et à l'association Le Refuge •

TRAVAIL SOCIAL: LES PRÉMICES D'UNE R-ÉVOLUTION

Organisées par la FNARS à Valence les 7 et 8 novembre 2013, les Journées du travail social (JTS) ont réuni près de 900 participants dont plusieurs centaines de travailleurs sociaux et d'étudiants en travail social. Pendant deux jours, professionnels, personnes accompagnées et chercheurs ont échangé dans le cadre de tables rondes et d'ateliers afin de dessiner les contours du travail social de demain. La fédération, qui participe au comité de pilotage des Etats généraux du travail social qui se tiendront à la fin de l'année 2014 à l'initiative du Gouvernement, publiera prochainement une plateforme de propositions issues des réflexions des participants aux JTS.

La préparation de ces journées a mobilisé l'ensemble du réseau de la FNARS durant plusieurs mois, avec une dizaine de journées régionales, un comité de pilotage et la mise en place d'une technique d'animation inédite au sein de la fédération. Les discussions de fond ont également débuté bien avant le rassemblement des 900 inscrits grâce à l'ouverture d'une page Facebook dédiée dès cet été, rassemblant des vidéos, des photos et toutes les informations utiles aux futurs participants et à ceux qui ont souhaité suivre l'avancée des travaux même s'ils ne pouvaient pas assister au travail collectif de Valence.

DONNER LA PAROLE AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX

Nombreux sont les participants, dont les travailleurs sociaux, qui ont vécu comme un *« vrai bol d'air »* le fait de pouvoir enfin parler de leur métier avec leurs pairs, qu'ils n'ont pas souvent l'occasion de rencontrer pour échanger sur leurs difficultés, leurs pratiques et les partenariats qu'ils mettent en place dans leur région.

Afin de favoriser le dialogue et les discussions de groupe, la FNARS a fait appel cette année à ImFusio, société spécialisée dans les réunions participatives. Ainsi, les participants se sont divisés en vingt groupes de quarante personnes, pour s'entretenir sur l'une des cinq problématiques posées comme fil conducteur de ces journées : *«nouvelles précarités, nouveau rôle du travail social»* ; *«l'intervention sociale sur les territoires»* ; *«les travailleurs sociaux acteurs de politiques publiques»* ; *«la formation initiale et continue»* et *«l'identité et la posture professionnelle»*.

PRÉPARER LES ETATS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL SOCIAL

À l'issue de ces journées, les principaux résultats des différents ateliers ont été compilés en quatre axes de réflexion, dans la perspective d'une future plateforme de propositions destinée à être remise au Gouvernement pour les Etats généraux du travail social. Le premier axe de travail porte sur l'institution d'un droit à un accompagnement social pour tous. La FNARS travaille depuis longtemps sur cette évolution importante et souhaitable et qui devra être transposée dans les textes législatifs. Une première étape a été franchie avec le projet de loi ALUR (Accès au logement et un urbanisme rénové). Mais les Journées du travail social ont montré que la reconnaissance d'un droit à l'accompagnement devait être posée de manière générale et formelle, sans le limiter à l'accès à un logement, pour prendre en compte l'ensemble des ●●●

difficultés que peuvent rencontrer les personnes confrontées à la précarité. Autre axe de travail : la mise en place de consultations sociales de proximité. De nombreuses interventions des participants portaient en effet sur les défaillances du premier accueil des personnes précaires et du manque de moyens et d'actions en termes de prévention. Ces consultations sociales de proximité permettraient en effet d'agir avant que la situation de la personne ne s'aggrave, et de coordonner les acteurs d'un territoire afin de simplifier les démarches des personnes. A également été abordée la question d'une instance nationale, qui pourrait prendre la forme d'un observatoire et qui regrouperait des travailleurs sociaux. Véritable référence pour ces métiers du travail social, cette instance serait sollicitée pour contribuer à l'élaboration des politiques publiques. Enfin, les manques dans les formations initiales et continues ont été pointés. Les travailleurs sociaux ont en effet reconnu la faiblesse de leurs possibilités face à des problématiques de santé mentale, et leur volonté de participer à l'évaluation de leurs pratiques en posant eux-mêmes les critères de réussite de l'accompagnement social, aujourd'hui très loin des réalités économiques et sociales du terrain. Afin d'approfondir ces pistes de réflexion et d'élaborer un document détaillant ces propositions, la FNARS a relancé le groupe national sur la thématique du travail social, avec des déclinaisons régionales. Le conseil d'administration de la FNARS appuie également l'intégration de travailleurs sociaux dans les différentes instances statutaires de la fédération.

Geneviève Colinet

CVS, MODE D'EMPLOI

Afin de permettre à ses adhérents de mieux comprendre les missions d'un conseil de la vie sociale (CVS), la FNARS réalise un projet vidéo retraçant les différentes étapes de constitution de cette instance de représentation des personnes accueillies, obligatoire dans toutes les structures depuis la loi 2002-2.

Depuis plusieurs mois, la FNARS suit la création du CVS de la résidence sociale Albin Peyron dans le 20e arrondissement à Paris. Géré par la Fondation de l'Armée du Salut, ce lieu d'hébergement accueille près de 300 personnes engagées dans un processus d'insertion. Animée par la volonté d'inciter les nombreux résidents à participer à la vie de la structure et à réinvestir leur citoyenneté, l'équipe salariée a lancé une vaste opération de sensibilisation et de mobilisation autour de la constitution de ce CVS. Des réunions d'information à la tenue du premier conseil en passant par l'organisation des élections, le film revient sur les différentes étapes clés, et propose en parallèle des interviews de personnes accueillies qui se sont portées candidates ou des travailleurs sociaux investis dans le projet. Ce film, d'environ 15 minutes, tendra à répondre aux nombreuses questions que peuvent se poser les structures qui vont mettre en place un CVS ou qui souhaitent améliorer le fonctionnement d'un conseil existant : qui peut y participer ? Quelles sont les étapes de sa constitution ? Quelle est sa vocation ? Quelles sont les attentes des personnes accueillies ? Quel type de projets peut être mis en place par le CVS ? Qu'est-ce que cela apporte aux personnes qui y participent et aux résidents ? Un moyen décalé de s'informer sur les « bonnes pratiques » et de prendre connaissance de l'expérience d'autres structures. Véritable outil d'information, ce projet sera bientôt accessible sur le site de la FNARS dans la rubrique Participation / Ressources documentaires.

Laure Antoine

ACTUALITÉS ADHÉRENTS

QUAND L'HOMOPHOBIE MET LES JEUNES À LA RUE...

... l'association Le Refuge les écoute, les accueille et les accompagne vers un avenir dans lequel leur homosexualité ne sera plus vécue comme source d'exclusion. Ils ont chacun leur histoire familiale et leur parcours vers l'acceptation de leur sexualité, unique et personnel, mais ils se rejoignent à travers les souffrances causées par le rejet de leurs proches à l'annonce ou lors de la découverte de leur homosexualité. Après les conflits et la rupture familiale, certains se retrouvent sans-abri et sans ressources, puisqu'ils ne pourront percevoir le RSA qu'à 25 ans. L'équipe du Refuge sait répondre très rapidement à ces jeunes en détresse. Véronique, par téléphone ou par texto, 24h/24, Laura, travailleuse sociale ou bien Clio, coordinatrice régionale en Ile-de-France. *«Quand ils arrivent ils sont détruits, c'est très difficile d'être rejeté par sa famille en raison d'une identité sexuelle qu'on ne choisit pas. On les laisse se poser un mois avant d'entamer des démarches et d'abord ils rencontrent un psychologue pour raconter leur histoire»*, dit-elle. Ces jeunes, homosexuels ou transsexuels, viennent de toutes les classes sociales et de toutes les régions de France. Mais après deux années de travail au Refuge de Paris, Clio a remarqué que souvent, ceux qui prennent contact avec l'association avaient grandi dans une famille religieuse. Même constat au siège à Montpellier, ou dans les antennes de Lyon, Marseille, Toulouse, Lille ou La Réunion.

LIVRÉS À EUX-MÊMES, DU JOUR AU LENDEMAIN

Arthur, l'un des 21 jeunes hébergés en ce moment via l'antenne parisienne de l'association, vit dans l'un des trois appartements relais avec cinq colocataires depuis quelques mois. Il se souvient bien de l'urgence dans laquelle il était quand il a appelé au Refuge. *«J'avais vu un reportage sur ce dispositif il y a quelques années et j'ai trouvé toutes les informations que je cherchais sur Internet. Je suis venu rencontrer l'équipe un lundi et j'ai emménagé le jeudi !»*. A 20 ans, il envisage les prochaines années avec beaucoup plus de facilité qu'il y a seulement quelques semaines. Ses projets ? Trouver une chambre en colocation, travailler dans un *«fast food»* et suivre une formation dans la vente de luxe. Il dit apprécier l'anonymat de la grande ville, lui qui vient de Vesoul où tout le monde se connaît, mais il sait bien que rien ne sera simple une fois qu'il aura quitté le Refuge après le temps d'accueil imparti à chacun des résidents des appartements. *«Ils peuvent rester six mois ici, ensuite ils laissent la place aux autres personnes qui nous sollicitent. Même si ce délai est très court, en général on a eu le temps de trouver une solution pour la suite, grâce, entre autre, à notre réseau de bénévoles. Et les jeunes peuvent continuer à voir Laura pour poursuivre leur accompagnement et venir aux permanences deux fois par semaine dans nos locaux»*, explique Clio. Très rares sont ceux qui retournent dans leur famille après avoir quitté le Refuge. Et si l'équipe leur propose toujours une médiation familiale à leur arrivée, peu d'entre eux font le choix de pardonner le rejet qu'ils ont subi.

DÉCELER LES COMPORTEMENTS À RISQUE

La petite équipe parisienne du Refuge assure les permanences, le premier contact avec les jeunes qui se renseignent sur l'association, l'accompagnement de ceux qui sont accueillis, la médiation des conflits... *«Vivre à six dans un appartement avec des colocataires que l'on a n'a pas choisi, et, surtout, après un traumatisme, n'est vraiment pas simple»*, reconnaît Clio. Alors les règles sont strictes : pas d'alcool, pas de visites sans autorisation préalable, et pas de sortie après 22 heures en semaine. Pour certains, il faut réapprendre ou apprendre la vie en collectivité, le respect de l'hygiène et le dialogue. En plus des rendez-vous individuels dans les bureaux du Refuge, Laura passe les voir dans les appartements pour les aider à régler les problèmes quotidiens, et une psychologue réunit régulièrement les colocataires pour les conflits sérieux, ou simplement dénouer les tensions en discutant en présence d'une tierce personne. *«Ils me racontent assez facilement leur histoire et les épisodes précédant la rupture mais les choses peuvent se compliquer lorsque l'on aborde les violences subies dans la famille ou les phases éventuelles de prostitution. Le manque d'espace fermé dans nos locaux ne facilite pas les confidences...»* déplore Laura qui admet avoir eu un choc quelques mois après sa prise de poste en constatant le degré de misère à Paris.

Céline Figuière

+ Plus d'informations sur : www.le-refuge.org

FNARS FRANCHE-COMTÉ

ENTRER DANS LA MATIÈRE

Implanté dans la filière textile, l'atelier chantier d'insertion Friplav'70 embauche depuis 2004 une vingtaine de personnes en contrat unique d'insertion, réparties sur un atelier laverie/blanchisserie, un atelier tri, deux friperies et un point service à Vesoul. Depuis peu, les salariées sont encadrées par une couturière et préparent un défilé de mode.

Le public accueilli, bénéficiaire des minima sociaux depuis plus d'un an, est à 90 % féminin avec un faible niveau d'études. *« Ce sont des femmes, souvent isolées avec parfois des problématiques sociales, familiales et économiques… En arrivant dans la structure, elles ont enfin le sentiment de faire quelque chose de concret dans leur vie »* constate Yves Laffin, coordinateur technique. *« Le changement est moral mais aussi physique : les premiers jours, certaines viennent travailler sans maquillage dans une tenue vestimentaire inappropriée. Au fil des semaines, on les voit reprendre conscience de leur apparence physique, confiance en elles et se métamorphoser. »* Régulièrement, des entretiens individuels avec une responsable d'insertion, Cécile Minot, permettent aux salariées de faire le point sur leurs objectifs de formation, leur projet professionnel et leurs démarches sociales. Une analyse de la pratique mensuelle, réalisée par Aline Perrot, psychologue extérieure au chantier d'insertion, vient également compléter ce travail d'orientation. En parallèle de ces deux accompagnements spécifiques au processus de réinsertion dans l'emploi, l'association Friplav'70 a également développé un atelier *« découverte et valorisation des matières »* animé par une coutière et tapissière professionnelle, et soutenu dans le cadre du Fonds initiatives locales contre l'exclusion par la Fondation JM Bruneau. Chaque mois, l'ensemble des salariés participe à cet échange de compétences dans un cadre convivial, avec un objectif : réaliser un défilé de mode sur le thème du vintage. Du tri des vêtements à leur customisation en passant par les essayages et la découverte de techniques de reprise et d'ourlet, cet atelier permet aux employées de sortir de leur travail quotidien et d'avancer ensemble dans un projet commun. Fin 2013, un photographe a suivi ce travail minutieux. Son reportage sera prochainement exposé dans les deux magasins de l'association.

Laure Antoine

FNARS LANGUEDOC-ROUSSILLON

DE L'ÉCO-CITOYENNETÉ À L'INSERTION

Quinze kilos de miel, c'est le fruit du travail récolté par les *« jardiniers »* du Rucher solidaire et partagé, installé depuis le printemps 2013 à Mende en Lozère. Ces jardiniers, ce sont les personnes accompagnées par l'association La Traverse. Devenus précaires, la plupart se retrouve particulièrement éloignée de l'emploi, d'une vie sociale développée et de fait, d'une citoyenneté. Afin de les aider à reprendre confiance en elles, leur permettre d'agir sur le présent pour envisager un futur, cette association a impulsé en 2007 un projet innovant de Jardins Solidaires et Partagés auxquels est récemment venu s'ajouter le rucher. Grâce au soutien financier de la FNARS Languedoc-Roussillon et de la Fondation JM Bruneau dans le cadre du Fonds initiatives locales contre l'exclusion, La Traverse a pu acquérir deux ruches peuplées, du matériel d'extraction et des vêtements de protection indispensables à l'entretien du rucher. *« Toute notre démarche est basée sur une réelle démocratie participative, il s'agit de responsabiliser les personnes et de valoriser la prise d'initiatives »* explique Marc Outier, éducateur et animateur socio-éducatif, lui-même apiculteur et passionné. Ainsi, les jardiniers cultivent et récoltent leurs propres légumes, leur miel et participent aussi à la prise de décisions concernant l'achat du matériel, le suivi du planning, des démarches administratives. Des obligations qui font écho aux réalités budgétaires et législatives des institutions. *« Il y a un enjeu fort de création ou de maintien de liens sociaux pour les personnes accompagnées. Cette action vise aussi à rompre la solitude et à conjuguer intérêts individuels et intérêts collectifs »* ajoute Marc Outier. Si les visites au rucher sont réalisées en nombre restreint pour préserver un environnement calme, essentiel aux abeilles, des ateliers sont organisés deux fois par semaine pour favoriser les rencontres, les échanges de savoirs et de savoir-faire. Hôtel à insectes, toilettes sèches, four solaire, séchoir solaire à légumes, les constructions réalisées dans le cadre de ces ateliers sont essentiellement éco-responsables. Le cheminement est de favoriser le lien social dans le cadre d'actions éco-citoyennes très valorisantes pour l'individu afin de développer la citoyenneté dans un territoire donné et permettre à terme de retourner vers l'emploi ordinaire, vers l'économie solidaire ou simplement vers une socialisation.

Laure Antoine

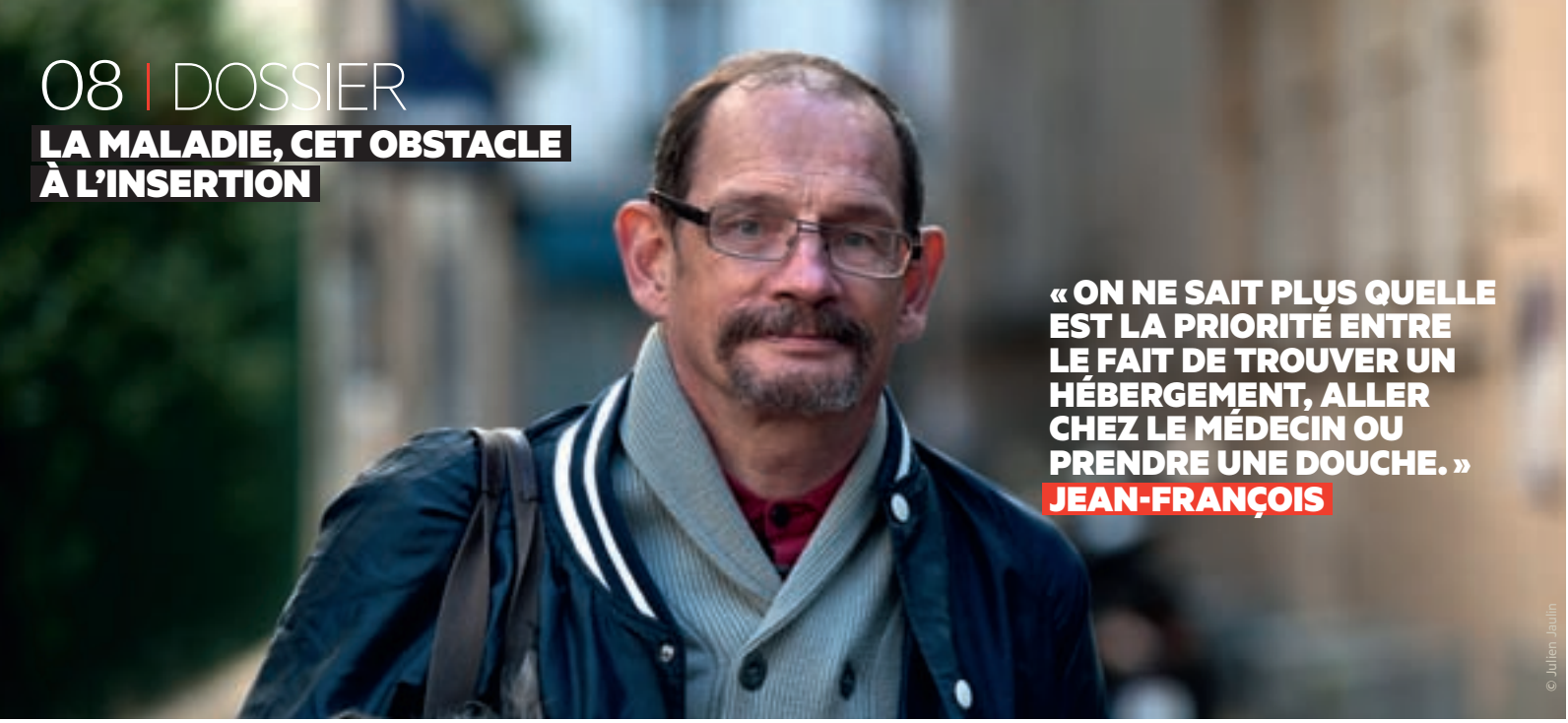
LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

ENTRETIEN AVEC JEAN-FRANÇOIS

Jean-François est très investi au sein de la FNARS, d'abord dans le groupe de travail Participation et depuis quelques mois dans le groupe Habitat et le groupe Santé. Il a fait partie des personnes accueillies qui ont participé aux groupes de travail préparatoires pour la conférence de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en 2012.

© Julien Jaulin

LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION



« ON NE SAIT PLUS QUELLE EST LA PRIORITÉ ENTRE LE FAIT DE TROUVER UN HÉBERGEMENT, ALLER CHEZ LE MÉDECIN OU PRENDRE UNE DOUCHE. »
JEAN-FRANÇOIS

© Julien Jaulin

Comment vos difficultés ont-elles commencé ?
Jean-François : J'ai été abandonné par ma mère et placé à l'assistance publique. J'ai grandi dans plusieurs familles où j'ai subi des maltraitances. À l'âge de 13 ans, j'ai fini en maison de correction où j'ai également subi des violences et qui m'ont abîmé le bassin. À 15 ans, après 17 opérations, on m'a mis une hanche artificielle. Compte tenu de mon handicap, j'ai été en centre de rééducation, puis je suis retourné à l'orphelinat jusqu'à ma majorité. Malgré ces débuts difficiles, j'avais la soif de m'en sortir. J'ai trouvé un emploi aux PTT et j'ai passé un CAP de vendeur par correspondance. Jusqu'à l'âge de 26 ans, j'ai cru être tiré d'affaires : j'avais un emploi, un logement. Mais j'ai perdu mon emploi. J'ai fait une demande d'allocation handicapé, mais le temps que celle-ci soit instruite, j'ai perdu mon logement. Je ne pouvais plus payer mon loyer. C'est à partir de ce moment que j'ai connu la rue. Depuis, je ne suis plus parvenu à retrouver une stabilité. Dès que je retrouve un logement, le même schéma se reproduit : quand arrive le moment de reconduire mon allocation adulte handicapé, tous les cinq ans, je commence à accumuler les retards de loyer et je finis par être expulsé. Je suis passé en lit halte soins santé puis en CHRS. Depuis cet été je vis à nouveau dans la rue.

Dans quelle mesure la précarité, la rue, accentuent-elles les problèmes de santé ?
Jean-François : J'ai déjà une santé plus fragile que les autres mais il faut dire que la rue abîme beaucoup. On se retrouve confronté à des problématiques qui génèrent des pathologies, comme la dépression, les troubles du sommeil, on est toujours sur le qui-vive et dans un sentiment d'insécurité. On a aussi des problèmes digestifs liés à la dénutrition, on se nourrit de façon épisodique. Et puis des troubles moteurs, des problèmes de podologie, un manque d'hygiène, parce qu'on passe nos journées à déambuler dans la ville. Difficile aussi d'éviter les troubles de la santé mentale après de longues années de rue. On n'a plus du tout la même vision de notre place dans la société, on devient très agressif, alors on se demande si on est encore normal, on sombre dans la paranoïa et on se dit que la société ne veut plus de nous. Les addictions comme la drogue, le tabac et l'alcool aident à accepter cette situation. La rue elle-même rend difficile le parcours de soin. Quand la vie se fait au jour le jour, comment prendre des rendez-vous médicaux et suivre des traitements ? On a aussi le souci de l'apparence physique, et on ne sait plus quelle est la priorité entre le fait de trouver un hébergement, aller chez le médecin ou prendre une douche.
Souvent on se fait voler nos médicaments et ce n'est pas facile de suivre un traitement régulier. Mais j'ai remarqué une chose stupéfiante : quand on se retrouve à la rue avec des problèmes de santé, comme on sait qu'on n'a pas les moyens de se soigner et que l'urgence est à la survie, il y a un déni. Parfois, même les symptômes disparaissent et le regard sur la douleur n'est pas le même. On n'est plus dans la recherche d'un confort et l'organisme se met même en veille. Me concernant, j'ai vu réapparaître les troubles psychiatriques quand je suis arrivé dans le CHRS, alors qu'ils étaient quasi inexistants dans la rue.

Avez-vous eu accès à des dispositifs qui vous ont aidé à vous soigner ?
Jean-François : Je suis allé à la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) mais je me suis vite aperçu qu'il serait difficile pour moi de trouver la solution adéquate parce que j'ai un chien et cela complique les hospitalisations. Finalement ils ont fini par trouver un lit halte soins santé où je pouvais être hospitalisé avec lui. C'est bien que cela puisse se faire mais cela nécessite quand même des aménagements parce que la présence d'animaux n'est pas tellement appréciée dans le milieu médical. Mais je vis la précarité avec mon chien et je parle de zoothérapie. Je me dis que je me soigne pour m'occuper de lui, pour ne pas qu'il se retrouve seul. Grâce à lui je ne sombre pas totalement. Je regrette qu'il n'y ait pas de psychiatres dans les structures qui proposent des lits halte soins santé et que les délais soient si longs pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre de ville. Et, dans les CHRS, le soin n'est pas une priorité, on se focalise sur le logement et le retour à l'emploi. C'est-à-dire que si la personne elle-même ne parle pas de ses problèmes de santé, ce genre de difficulté peut rester lettre morte. Or quelqu'un qui se retrouve dans un logement mais avec une facture d'hôpital à payer parce qu'il n'a pas pensé à demander une aide retournera vers l'échec. Je préconise vraiment le bilan de santé dès l'entrée dans la structure. Mais, par contre, j'ai remarqué que les gens qui font des maraudes vont tout de suite poser des questions sur la santé de la personne, et ensuite ils alertent les services adéquats pour que la personne soit prise en charge.

Avez-vous constaté une différence depuis le lancement du plan quinquennal de lutte contre la pauvreté il y a un an ?
Jean-François : Aujourd'hui plus de personnes peuvent accéder à la CMU-C et à l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) et personnellement cela m'a permis d'avoir une mutuelle, donc, maintenant je peux envisager les hospitalisations plus tranquillement avec la prise en charge du forfait hospitalier. Mais cela n'est pas encore bien connu par les travailleurs sociaux, on en est qu'au début. Je pense que cela va permettre à beaucoup de gens précaires d'aller vers le soin et la prévention, pas seulement ceux qui vivent à la rue.

Propos recueillis par Céline Figuière

PENSER À SOI MALGRÉ LA PRÉCARITÉ

À cause de raisons financières et/ou de complexités administratives, le non-recours aux soins touche plus de 15 % de la population, selon l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. À la souffrance sociale s'ajoutent souvent les souffrances physiques et psychiques, et ce cumul des difficultés laisse les professionnels de santé et les travailleurs sociaux souvent démunis tant ils n'ont pas l'habitude ni les moyens de travailler ensemble et d'associer leurs savoirs pour accompagner la personne de manière vraiment globale. Plus que d'avoir accès aux soins en cas de maladie, les personnes exclues socialement doivent pouvoir vivre dans des conditions n'altérant pas leur santé.

Aujourd'hui 8,6 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté en France, cumulant des difficultés de logement, d'emploi à une santé souvent fragile. Si le système de santé français est reconnu pour son excellence, il laisse de côté de plus en plus de personnes, malgré l'instauration d'une couverture maladie universelle en 1999 et qui comptait 2,26 millions de bénéficiaires fin 2012. Selon le 7e baromètre de la santé en Europe (CSA pour Europ Assistance) publié cet automne, un Français sur trois a renoncé à se soigner en 2012. Les dents sont les premières sacrifiées avec 25% de renoncements aux soins, devant l'achat de lunettes, 17% et de médicaments 7%. Quant aux plus exclus, leur rapport à la santé oscille bien souvent entre déni, renoncement et non-recours, à cause d'un manque de moyens, d'information, ou encore d'une résignation forcée devant l'ampleur des démarches administratives pour ouvrir et conserver leurs droits à une protection sociale. Lancé début 2013, le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a marqué une volonté de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé avec des avancées concernant le champ sanitaire : relèvement du seuil de la CMU-C, renforcement des permanences d'accès aux soins de santé et simplification des procédures de domiciliation. Alors que le bilan de la première année de mise en œuvre du plan quinquennal est présenté en janvier, les constats des professionnels sont particulièrement inquiétants. Selon les dernières données de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, en 2012, parmi les personnes accueillies dans les 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de l'association, 43% ont recouru trop tardivement aux soins et 22% avaient renoncé à se soigner au cours des 12 mois précédents. Et parmi les patients souffrant d'une pathologie chronique, 58% n'étaient ni suivis ni traités avant leur passage au CASO, qui compte une hausse des consultations de 30% en cinq ans. Plusieurs raisons peuvent expliquer en partie cette situation. Le parcours de santé peut rapidement s'apparenter à un parcours du combattant pour les personnes socialement fragiles. Selon une enquête réalisée par l'Assurance ●●●

LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

••• maladie, les bénéficiaires de la CMU-C seraient 45,6% à avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, essentiellement pour des raisons financières. Les personnes précaires doivent en effet se confronter à leur propre souffrance, et ainsi prendre conscience d'un besoin de soin, quand l'urgence peut sembler ailleurs, puis se confronter également aux démarches administratives voire après au refus de soin de la part du milieu médical. Les objectifs de réussite entourant de plus en plus les missions des travailleurs sociaux dans le cadre du parcours d'insertion, tendent également à mettre la santé au second plan après le retour à l'emploi ou le logement. Pourtant l'accompagnement santé pris au sens de l'accès aux soins et de l'apprentissage de comportements qui évitent l'altération de la santé est essentiel.

SE CONFRONTER À SA SOUFFRANCE

Les professionnels du social le savent : les problèmes de santé ne se disent pas facilement, et certaines personnes mettent du temps avant d'en parler, focalisées sur les problèmes matériels qui les occupent. La rue abîme les corps et les esprits, cause des problèmes de dénutrition, des troubles moteurs, de podologie. Jean-François, qui a passé de nombreuses années à la rue, connaît ce changement de rapport au corps : *« (...) quand on se retrouve à la rue avec des problèmes de santé, comme on sait qu'on n'a pas les moyens de se soigner et que l'urgence est à la survie, il y a un déni. Parfois, même les symptômes disparaissent, et le regard sur la douleur n'est pas le même. L'organisme se met en veille. »* Parce qu'à •••

« CERTAINES PERSONNES NE PRENNENT PLUS SOIN D'ELLES, ELLES N'ONT PLUS ENVIE DE RESTER EN BONNE SANTÉ... »

© Julien Jaulin

LE LOGEMENT PEUT NUIRE À

Réaffirmée en 2009 par la loi de mobilisation pour le logement, la lutte contre l'habitat indigne est un enjeu prioritaire de l'Etat. Pourtant, à l'heure où plus de 2,7 millions de personnes vivent dans des logements inconfortables ou surpeuplés, il n'existe en France aucune étude épidémiologique sur les conséquences sanitaires du mal-logement. Seuls les constats associatifs viennent démontrer les liens étroits entre conditions d'habitat et état de santé.

Exiguïté du logement, présence importante d'humidité, matériels de chauffage vétustes, surpeuplement ou absence d'installation sanitaire, les critères de l'habitat indigne sont multiples, tout comme ses impacts sur la santé. *« Comme souvent, ce sont les ménages socialement et économiquement fragiles qui sont plus exposés que les autres »* déplore Julia Faure, responsable du programme Habitat indigne à la Fondation Abbé Pierre. *« Habiter dans un logement insalubre aggrave les affections respiratoires, dermatologiques et augmente les risques d'intoxication au monoxyde de carbone et la souffrance psychique. Quand on vit dans le froid ou dans un lieu dégradé, on peut ressentir de la honte et se replier sur soi, cela va parfois jusqu'à la dépression »* ajoute-t-elle. Autre répercussion sanitaire directement imputable à la détérioration d'un logement, le saturnisme infantile qui touche en France plus de 5 000 enfants de 1 à 6 ans. Cette intoxication, dont les effets sur le système neurologique sont irréversibles, est liée à l'inhalation ou l'ingestion de plomb contenu dans les peintures qui s'écaillent. Afin d'enrayer ces graves conséquences sur la santé, le rôle des agences régionales de santé (ARS) est primordial. Après le signalement d'un travailleur social, d'un locataire, d'une mairie, d'une association ou d'un agent de la Caisse d'allocation familiale, l'ARS lance une *« enquête environnementale »*. Elle la transmet ensuite au Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques qui pourra prononcer un arrêté demandant au propriétaire du logement d'effectuer des travaux dans des délais imposés. En 2012, sur les 1 867 plaintes et signalements réceptionnés par l'ARS Ile-de-France, 724 ont donné lieu à des arrêtés préfectoraux (hors procédures d'urgence). Toutefois, de nombreuses familles hésitent encore à effectuer un signalement, la déclaration d'habitat indigne entraînant la perte des allocations logement.

PRÉCARITÉ ÉNERGÉTIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

Mais qu'en est-il des logements qui ne rentrent pas dans les critères de l'habitat indigne ? Qu'en est-il des 4,1 millions de ménages, soit un ménage français sur six, en situation de précarité énergétique ? Aujourd'hui, de plus en plus de familles sont confrontées à des factures énergétiques trop importantes par rapport à leurs revenus et

●●● un certain stade de la précarité, l'expression des besoins n'est plus possible, il est difficile de quantifier ceux qui, dans le nombre total de non-recours, ont renoncé à des soins pourtant jugés nécessaires par le médical, et ceux qui ne se soignent pas parce qu'ils n'ont pas conscience de la maladie. Ses symptômes n'étant plus écoutés, la maladie s'aggrave en silence et les personnes viennent consulter avec retard. Phénomène que connaît également Alain Mercuel, psychiatre et chef de service à l'hôpital Saint-Anne à Paris *« Quand elles évoluent à la rue pendant de longues années, certaines personnes ne prennent plus soin d'elles, elles n'ont plus envie de rester en bonne santé. Ce désir, cette pulsion de santé s'évaporent même si cela ne correspond pas au désir de mourir. En fin de parcours ils ne ressentent plus la douleur, n'y pensent plus, c'est comme une anesthésie ».* Si souffrir physiquement, voire socialement, n'est pas une maladie, et s'il n'y pas de maladie propre à la précarité, celle-ci peut conduire à l'aliénation, aidée par des années d'errance ou de difficultés sans issue. Environ 30 % des personnes accueillies en structures d'hébergement ont des troubles psychiatriques, et on estime également à 30 % la part de personnes ayant des conduites addictives. Les travailleurs sociaux n'ont pas forcément reçu les formations pour accompagner quelqu'un qui a une maladie mentale, et ils se retrouvent vite démunis, avec parfois un sentiment de peur lorsqu'il y a décompensation ou tentative de suicide.

SE CONFRONTER AUX DÉMARCHES

Le phénomène de non-recours aux droits sociaux et de santé est devenu un enjeu de société. De nombreux colloques ont été organisés cet hiver, notamment à l'initiative de Dominique Baudis, défenseur des droits, qui doit rendre un rapport au gouvernement fin janvier sur l'accès aux soins dans le cadre de la rédaction du texte du projet de loi sur la santé publique attendu cette année. Lorsqu'il commande un rapport à la sénatrice Aline Archimbaud au printemps dernier sur l'accès aux soins des plus démunis, le Premier ministre rappelle l'étendue du problème : jusqu'à 67 % de taux de non-recours en 2011 pour la complémentaire santé et jusqu'à 24 % pour la CMU-C. L'observatoire de Médecins du Monde relève que 12 % des personnes reçues dans les CASO en 2012 avaient des droits ouverts alors que 77 % avaient droit à un dispositif de couverture maladie. Et seuls 11 % des demandeurs d'asile avaient des droits ouverts. *« Les difficultés augmentent chaque année sur l'accès aux droits. Les caisses primaires en métropole et les caisses d'outre-mer, pivot de l'accès aux droits, jouent la carte de l'opacité règlementaire. On ne peut pas avoir les circulaires sur la règlementation en interne, et il est même impossible d'avoir la liste des pièces requises pour un ayant droit par exemple. Aujourd'hui, vous ne pouvez plus dire à quelqu'un voilà une information sur l'aide médicale d'Etat, faites votre dossier tout seul, il faut tout faire avec eux tellement c'est devenu compliqué »* explique Didier Maille, responsable du service social et juridique du Comede. Souvent la porte d'entrée vers les soins sera les urgences de l'hôpital, quand la situation est telle qu'une simple consultation ne suffit pas. Pourtant les pouvoirs publics ont bien essayé de mettre en place des dispositifs dits passerelles, comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 1998. Les PASS s'adressent aux patients en situation de précarité ayant besoin de soins externes et ne pouvant y accéder soit parce qu'ils ne bénéficient pas d'une couverture sociale ou ont une couverture ●●●

LA SANTÉ

se retrouvent en difficulté pour chauffer correctement leur logement. *« Pour compenser le manque de chauffage, elles ont tendance à boucher les aérations et à calfeutrer les portes, ce qui favorise le développement de deux éléments pathogènes : l'humidité et les moisissures, elles-mêmes responsables de l'augmentation des risques d'allergies, de rhumes, d'angines ou de pathologiques chroniques aigües telles que l'asthme ou la bronchite »* constate Véronique Stella, chargée de mission Précarité énergétique à la Fondation Abbé Pierre. Unique recours pour les ménages, des travaux d'amélioration opérés au bon vouloir des propriétaires, la performance énergétique n'étant pas encore reconnue comme un critère d'indécence.

Laure Antoine

« QUAND ON VIT DANS LE FROID OU DANS UN LIEU DÉGRADÉ, ON PEUT RESSENTIR DE LA HONTE ET SE REPLIER SUR SOI, CELA VA PARFOIS JUSQU'À LA DÉPRESSION. »

JULIA FAURE, RESPONSABLE DU PROGRAMME HABITAT INDIGNE À LA FONDATION ABBÉ PIERRE

« LA SOCIÉTÉ AIMERAIT QUE LES PAUVRES, TOUT EN RESTANT PAUVRES, SOIENT AUSSI BIEN PORTANTS QUE LES RICHES. »

sociale incomplète, soit parce qu'ils sont confrontés à d'autres difficultés d'ordre social. Installées et gérés par les hôpitaux, avec plus ou moins d'investissement, elles constituent des cellules de prise en charge médico-sociales. Près de 15 ans après leur création, elles sont au nombre de 410 environ sur tout le territoire et fonctionnent de manière discrétionnaire selon les directives données par la direction de l'hôpital en question, qui acceptera ou non de soigner une personne dont les droits ne sont pas ouverts et qui est sans-papiers par exemple.

SE CONFRONTER AUX REFUS

Parler des refus de soins de la part des professionnels de santé n'est pas chose simple. Les textes posent plusieurs critères définissant le caractère illicite d'un refus de soin. Seront notamment considérés comme des refus de soins : la dispensation de soins non consciencieux, l'abstention d'agir en cas d'urgence, la discrimination, le refus de soins aux détenus ou encore le comportement du professionnel conduisant à un renoncement au soin. Les personnes les plus touchées sont les précaires bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C. Comme le montrent les enquêtes réalisées sur le sujet depuis une dizaine d'années, il ne s'agit pas d'un phénomène marginal mais au contraire d'une pratique qui se développe. Quelques acteurs du médical osent aborder la question et certains, qui se sont spécialisés sur le soin des personnes en situation de précarité, comprennent leurs confrères qui ne veulent pas perdre leur clientèle en accueillant des SDF dans leur salle d'attente ou qui ne sont pas équipés pour la télétransmission de dossier et qui perdent du temps à remplir les feuilles à la main. Bertrand Riff, médecin généraliste qui travaille au sein d'une maison de santé, la maison dispersée de santé à Lille, installée dans un quartier en ZUS, avait pris la parole au sujet des refus de soins lors du colloque organisé par la sénatrice Aline Archimbaud fin septembre 2013. *«La société aimerait que les pauvres, tout en restant pauvres, soient aussi bien portants que les riches. Et elle se tourne vers la médecine pour remplir cette mission»,* constate-t-il. Et de poursuivre : *«Globalement, les collègues ne sont pas enthousiastes à l'idée de recevoir ces patients en grande vulnérabilité sociale, psychologique et biologique, d'exercer une médecine où l'on déshabille encore les gens. Je suis surpris de voir des patients qui n'ont pas été déshabillés depuis 10 ans. Alors ils ont accès aux soins, oui, mais de quels soins s'agit-il dans ce cas ?».* Selon une enquête réalisée par l'IRDES en 2009, les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C à Paris s'élevaient à 25,5%, la plupart des refus provenant des gynécologues et des ophtalmologues. *«Dans notre société, les médecins se disent : "je voudrais que les pauvres puissent se soigner mais pas chez moi". Parce qu'ils n'ont pas les codes»,* conclut Bertrand Riff.

Céline Figuière

LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES AU SECOND PLAN

Malgré de nettes améliorations en termes d'offre et de qualité de soins, notamment liées à la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) au sein de chaque établissement pénitentiaire, la prison reste un lieu de violences où l'état de santé physique et mentale des personnes détenues, souvent déjà fragilisé avant l'incarcération, est enclin à se détériorer.

À son arrivée en établissement pénitentiaire, chaque personne doit être reçue par un médecin et, en fonction des besoins, adressée à un psychiatre. Initié par la loi de 1994 sur la réorganisation des soins aux détenus, cet accueil médical systématisé constitue un premier mode d'accès aux soins. Confrontée à la précarité sociale, la plupart des personnes incarcérées n'a jusqu'alors eu que peu accès à la prévention et aux soins : à l'entrée en prison, la prévalence du VIH et des hépatites virales est six fois plus élevée que pour la population générale et l'apparition de cas de tuberculose huit à dix fois plus importante. Même constat en ce qui concerne la santé mentale avec une prévalence quatre fois plus élevée qu'en milieu ouvert. Un état de santé préoccupant, irrémédiablement aggravé par les conditions de détention. Mauvaise qualité de la nourriture, vétusté de la literie, conditions de travail et d'hygiène médiocres, absence d'activité physique, incidence du tabagisme passif sont autant de causes qui vont détériorer la santé sur les plans digestif, osto-articulaire, dermatologique, cardio-vasculaire et entrainer des troubles psychiques tels que l'anxiété, l'agressivité ou la dépression.

UN ACCÈS AUX SOINS ENCORE TROP DISPARATE

Afin d'assurer le suivi médical des personnes détenues, les UCSA sont venues compléter l'action des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) répartis en France. Mais si dans les textes l'accès aux soins en prison semble bien structuré, la réalité est toute autre. Le détachement des médecins publics hospitaliers est morcelé en permanences ponctuelles ; les consultations spécialisées - dentaires, dermatologiques, ophtalmologiques - sont trop peu nombreuses avec d'importants délais d'attente et les consultations externes soumises à la disponibilité d'une escorte.
Entre juin 2012 et juin 2013, sur les 4 000 saisines du Défenseur des droits par des personnes détenues, 8 % étaient liées à des problèmes de santé. Elles pointent notamment les difficultés d'accès aux médicaments et aux soins, et les difficultés liées à l'absence de permanence de soins la nuit et le week-end, et par conséquent de la gestion des urgences sanitaires laissée à l'appréciation des surveillants. Alors que la loi de 2009 prévoit la garantie d'une qualité des soins équivalente pour les personnes libres et détenues, ces dernières doivent souvent faire une demande par écrit pour avoir à un médicament, ne serait-ce qu'un simple traitement anti-douleur. Ainsi le système pénitentiaire prime souvent sur le sanitaire. *« Ce n'est pas toujours évident de faire valoir les droits des détenus sur la santé. En tant que personnel soignant, il faut avoir une vive énergie pour résister au rouleau compresseur de l'administration pénitentiaire, qui n'est pas forcément de mauvaise volonté, mais qui a ses habitudes et place le soin en deuxième position sauf en cas d'urgence »* explique Cyrille Canetti, chef du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire de la prison de la Santé, rattaché au centre hospitalier Sainte-Anne.

« LES FOUS N'ONT PAS LEUR PLACE EN PRISON »

La question de la santé mentale est également très prégnante en rétention car s'il existe des possibilités de suspendre une peine pour des raisons médicales, quand le pronostic vital est en jeu, il n'en est rien pour des raisons psychiatriques. Or la longueur des peines influence l'évolution psychique et mentale des personnes détenues et 80 % développent des pathologies psychiatriques, 25 % des troubles psychotiques. Cyrille Canetti dénonce une situation alarmante : *« On voit croupir dans les prisons de très nombreux malades mentaux pour lesquels la peine n'a plus le moindre sens, mais qui sont là parce que personne ne s'intéresse à eux. On se satisfait qu'ils vivent en prison dans des conditions vraiment indignes où on les gave de médicaments et on les laisse mourir. C'est une honte ! »*

« ON VOIT CROUPIR DANS LES PRISONS DE TRÈS NOMBREUX MALADES MENTAUX POUR LESQUELS LA PEINE N'A PLUS LE MOINDRE SENS. »
CYRILLE CANETTI

Une question d'engagement qui se pose aussi à la sortie de prison. Le manque de relais à l'extérieur et les difficultés d'affiliation à la sécurité sociale sont deux facteurs qui favorisent les ruptures de soins. Dans la perspective de permettre aux personnes sortant de prison d'avoir le temps de s'inscrire dans un parcours de soins durable, le centre hospitalier Sainte-Anne a récemment mis en place une consultation extra-carcérale qui sert de relais avec les centres médico-psychologiques et les CHRS.

Laure Antoine

INTERVIEW D'ALAIN MERCUEL

Le docteur Alain Mercuel, est psychiatre, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Il dirige le service d'appui SMES (santé mentale et exclusion sociale), unité d'accès aux soins psychiatriques pour les plus exclus. Alain Mercuel est également l'auteur du livre « Souffrance psychique des sans-abri, vivre ou survivre », paru aux éditions Odile Jacob en 2012.

Existe-t-il des pathologies mentales spécifiques conséquentes à la vie dans la rue ?

Alain Mercuel : La rue ne rend pas fou au sens de la maladie mentale mais la rue fait souffrir, crée de l'anxiété, des insomnies, de la dépression, que l'on soit indemne de maladie mentale avant, ou porteur. Un schizophrène, par exemple, souffrira encore plus à la rue. C'est un milieu hostile, on ne peut pas suivre un traitement correctement donc cela aggrave le pronostic. Quand elles évoluent à la rue pendant de longues années, certaines personnes ne prennent plus soin d'elles, elles n'ont plus envie de rester en bonne santé. Ce désir, cette pulsion de santé, s'évaporent même si cela ne correspond pas au désir de mourir. On est alors dans le registre du laisser-aller sans que ce soit la dépression. Parallèlement, tous les précaires à la rue présentent une souffrance physique or on oublie de leur poser la question de la douleur. En fin de parcours ils ne ressentent plus la douleur, n'y pensent plus, c'est comme une anesthésie. Mais je constate cet effet paradoxal : ils sont dans une dynamique de survie, doivent trouver de quoi manger, où dormir, un endroit pour déféquer, et cela occupe tout leur temps. Quand on leur propose de trouver une solution d'hébergement, très vite un vide apparaît et surtout de l'ennui, l'abandon de la stratégie de survie fait qu'ils se sentent désemparés et l'absence d'activité, fut-elle simplement de répondre aux premiers besoins, laisse émerger leur difficulté d'investissement d'autres activités. Aussi, cet aspect ne doit pas être négligé car c'est un facteur de mise en échec du projet de sortie de rue pourtant engagé avec volonté. Un toit ne suffit pas, des soins seuls ne suffisent pas, une activité seule ne suffit pas non plus. Il faut agir sur les trois aspects en même temps.

Comment intervenez-vous auprès des sans-abri ?

Alain Mercuel: Sur le territoire parisien, il existe une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) par établissement public de santé spécialisé en psychiatrie. La ville de Paris en compte cinq, pour 120 équipes dans toute la France. Notre mission au sein de ces EMPP est d' « aller vers » ces personnes en souffrance psychique signalées par les acteurs de première ligne (équipes de maraude de nuit ou de jour, associations, lieux d'accueil ou d'hébergement ....). Aller vers, où qu'elles soient, pour établir ou rétablir des soins. Notre deuxième mission repose sur l'appui d'équipes auprès justement de ces « signaleurs » en favorisant des rencontres de concertation pluridisciplinaires, des actions de sensibilisation à la souffrance psychique, la santé mentale et les pathologies. Nous avons mis en place, il y a sept ans maintenant, une formation plus structurée sous la forme d'un Diplôme d'Université « Santé mentale et précarité : interventions médico-psycho-sociales».

Nous sommes centrés sur l'accès aux soins, l'accès aux droits, et cela s'étend des démarches pour établir une carte d'identité au bilan dentaire, en passant par le soutien psychothérapique et/ou la prescription médicamenteuse en attendant d'accéder aux dispositifs de droit commun.

Une image parlante : *« attraper les SDF par les dents »*, c'est-à-dire que si je repère une douleur, dentaire ou autre, elle me sert alors de médiation à l'apaisement de la douleur psychique. Notre équipe intervient lorsqu'une pathologie, un délire, une dépression grave ou des troubles du comportement nécessitent des soins ou tout du moins un soulagement. Faire intervenir la psychiatrie ne veut pas dire automatiquement hospitalisation mais traitement médicamenteux, psychothérapie. Par contre, si quelqu'un ne peut plus contenir sa souffrance alors on l'hospitalise. Il n'existe pas de traitement spécifique de sortie de rue, c'est vraiment un accompagnement médico-psycho-social lié à la personne, au cas par cas.

« L'HÔPITAL N'EST PAS UN LIEU POUR CACHER LA MISÈRE HUMAINE »

L'équipe est pluridisciplinaire et travaille avec les associations et les dispositifs pour être présente dans les structures d'accueil. L'objectif est de faire accepter les soins et de diminuer les hospitalisations sans consentement, puis une fois la personne hospitalisée nous aidons les équipes à faire ouvrir ou rouvrir les droits, aux soins essentiellement, puis une fois les soins aigus dispensés, notre mission est de s'assurer que les personnes ne rompent pas le soin. Les personnes atteintes de psychoses peuvent vivre avec un traitement minimum mais elles ne doivent pas l'arrêter d'elles-mêmes spontanément.

Et quand la personne ne demande pas d'aide ?

Alain Mercuel : Concernant celle qui ne demande rien, il y a toujours la limite de la non-assistance à personne en danger. Mais pour savoir si elle se met en danger, il est impératif de garder un lien avec elle. L'aide s'apprend. Beaucoup ont subi des maltraitances, par des personnes qui étaient supposées les aider. Donc il faut passer derrière la méfiance. D'ailleurs, sans avoir une expérience de rue ou de pathologie mentale, nous sommes tous prudents après avoir été trahis par notre famille ou une institution. Donc nous organisons une sorte de veille sur l'état de la personne, en essayant de la revoir régulièrement et de l'inclure dans un réseau d'intervenants. Et surtout, ce n'est pas parce qu'il ne se passe rien qu'il ne se passe rien ! On sait que le lien est créé quand les gens nous sollicitent ou viennent ici, et quand ils ne viennent pas on recontacte le réseau.

Mais si l'on pense sauver le monde il faut arrêter tout de suite, il faut être clair avec ses propres motivations, d'où l'intérêt de travailler en équipe, de réfléchir à ce que l'on fait. Côté soignant : hospitaliser ou ne pas hospitaliser, par exemple, est une décision qui s'argumente cliniquement ; l'hôpital n'est pas un lieu pour cacher la misère humaine, on ne peut pas prendre un SDF déprimé à l'hôpital uniquement pour l'héberger. Côté précaire : des raisons de rester à la rue s'expriment pour éviter la violence des structures d'hébergement, éviter les contraintes, les « bestioles », ou pour certains, la quasi impossibilité de rester entre quatre murs. Ces refus, compréhensibles, doivent être respectés.

Propos recueillis par Céline Figuière

ALLER VERS LA SOUFFRANCE

© Julien Jaulin

Pour elles, l'agenda n'est pas un outil gadget. Chaque jour, Nathalie et Nadia, l'une assistante sociale, l'autre infirmière de secteur psychiatrique changent de lieu, voient d'autres visages et écoutent des morceaux de vie, des vies en morceaux. Ce matin-là, le rendez-vous est donné à la Maison dans la rue, où elles tiennent une permanence tous les quinze jours. Nathalie et Nadia constituent le noyau de l'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP) des Hôpitaux de Saint-Maurice créée en 2000. Leur terrain de travail est dans la rue, les centres d'hébergement, les permanences d'accès aux soins de santé, les Espaces solidarités Insertion… Tous les lieux où se retrouvent les plus exclus, les plus en souffrance. Dans les textes, leur mission est d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quels que soient les lieux ou leurs besoins, de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins de ces publics, ainsi que l'orientation et l'accès au dispositif de soins. En pratique, le vocabulaire est beaucoup plus simple. Il s'agira d'accompagner François à l'ambassade, de donner des médicaments à Assan qui ne se sent pas très bien en ce moment, surtout depuis qu'il vit dans cette cabine téléphonique, de savoir s'il faut payer les escrocs qui *« tabassent »* régulièrement •••

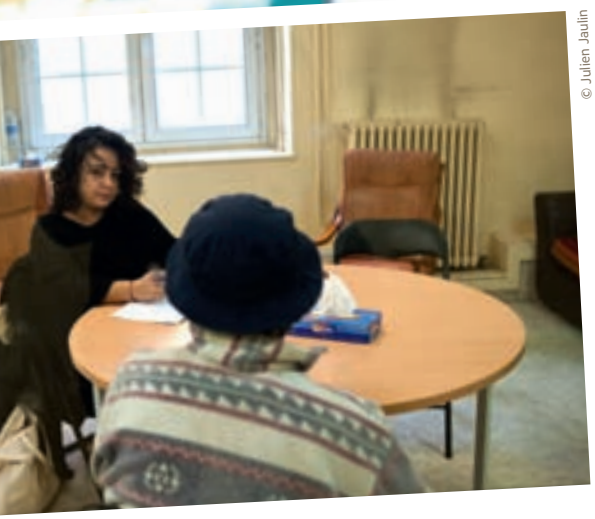
LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

●●● Maurad à cause d'une dette ou encore de s'assurer que Nadine s'est bien rendue à la consultation prévue pour elle à l'hôpital. Nadia a rejoint l'équipe il y a huit ans et parmi ceux qui sirotent un café dans la salle de la Maison dans la rue ce matin, elle en connaît beaucoup. L'expérience aidant, elle sait observer sans même donner l'impression de regarder. *« Elle repère »*, comme elle dit. Quand elle voit quelqu'un qui n'a pas l'air bien ou en tout cas moins bien que la fois dernière, elle va lui dire bonjour, simplement. Et elle attend que la parole se libère pour *« évaluer l'état »* derrière la situation relatée. *« Lorsque l'on ne peut pas passer par le psychologique, on passe par le somatique ou par autre chose, par tout ce qui peut créer du lien avec la personne. L'objectif n'est pas le traitement psychiatrique mais l'accès aux soins et le retour au droit commun »*, explique-t-elle en circulant dans la cafétéria sans jamais perdre de vue ceux qu'elle veut rencontrer aujourd'hui. La complicité des deux femmes est un réel atout dans ce quotidien professionnel atypique. Elles se parlent en code, se souviennent des prénoms, des coins de rue où elles ont croisé celui-ci ou celle-là la dernière fois, et se tiennent au courant de tout en restant en contact permanent. *« Certains ne veulent plus entendre parler d'assistante sociale, ou d'autres de la psychiatrie, donc cela nous est très utile de voir les personnes à deux et d'intervenir l'une ou l'autre selon le profil ou la situation »*, dit Nathalie.

UNE HISTOIRE DE SECTEUR…

Dans l'après-midi, l'équipe rejoint les travailleurs sociaux à l'Agora d'Emmaüs pour circuler dans Paris à la recherche des quelques personnes qui leur ont été signalées. Elodie, éducatrice à Emmaüs, part en effet en maraude chaque jour et selon les situations, elle attend la venue de Nathalie et de Nadia une fois par mois ou bien elle les appelle en urgence pour faire une évaluation. *« Je ne suis pas formée en psychiatrie, et je ne sais pas forcément gérer une crise psychotique par exemple »*, reconnaît Elodie. Sur le parcours, le petit groupe doit *« voir »* six personnes ce jour-là. Nette déception lorsqu'arrivées sur une placette, l'assistante sociale, l'infirmière et l'éducatrice constatent que la première visite n'est pas à côté de ses affaires, entassées à côté de ●●●

« L'OBJECTIF N'EST PAS LE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE MAIS L'ACCÈS AUX SOINS ET LE RETOUR AU DROIT COMMUN »
NADIA



© Julien Jaulin

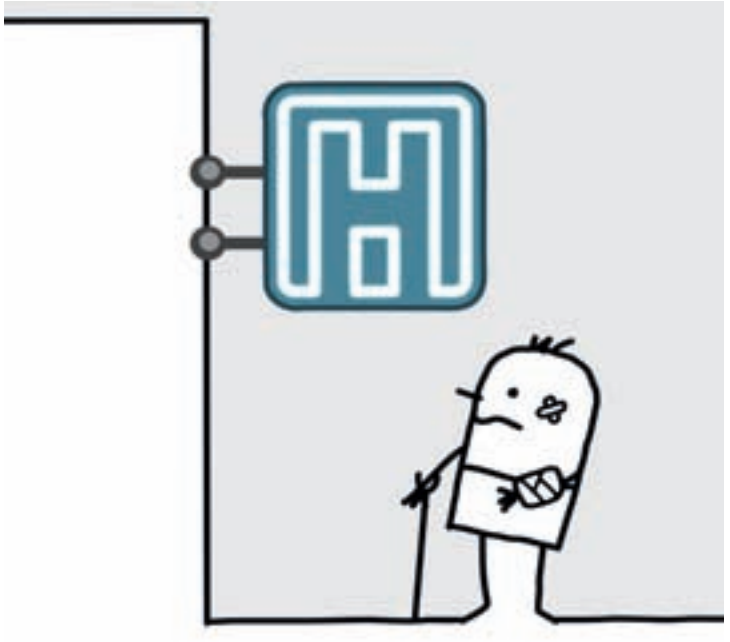
l'arbre où elle passe ses jours et ses nuits habituellement. *« Quand nous maraudons dans la journée, les personnes que nous souhaitons voir ne sont pas forcément là où elles dorment, elles circulent »*, ajoute Elodie en laissant un mot sous la bâche qui sert de toit fragile à celle qu'elles appellent Marie. Certains sont mutiques depuis des mois, des années, et si Nathalie et Nadia n'ont pas pour mission d'assurer un accompagnement suivi des personnes, il arrive bien souvent que la phase préalable à l'accès aux soins se prolonge. Pour d'autres, l'ouverture de droits servira d'étape avant de découvrir, quelques rencontres plus tard, que le *« problème »* se situe à un niveau plus profond que de simples formalités administratives. Mais, dans ce cas, le traitement ou le suivi par le CMP (centre médico-psychologique) sera facilité par le rattachement au secteur. Ce *« rattachement »*, voie indispensable à une prise en charge de droit commun, semble parfois bien illusoire quand les personnes concernées sont bien parisiennes, mais surtout sans-abri. Il existe en France environ 815 secteurs de psychiatrie pour adultes, correspondant à une zone géographique d'environ 56 000 habitants de plus de 20 ans. Chaque secteur peut disposer de plusieurs lieux de soins répartis sur son territoire : centre médico-psychologique (consultations, orientations), hôpital de jour, centre d'accueil et de crise, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre de postcure, appartement thérapeutique, consultation spécialisée et unité d'hospitalisation. Chaque service de psychiatrie est rattaché administrativement à un hôpital. Paris est divisé en 25 secteurs de psychiatrie pour adultes, chacun étant rattaché à l'un des établissements de santé suivants : Hôpitaux de Saint-Maurice, Maison-Blanche, Perray-Vaucluse, Sainte-Anne ou l'association de santé mentale du 13e arrondissement. *« Un SDF qui appelle le 115 peut être hébergé dans chaque coin de Paris, il bouge tout le temps, et s'il est rattaché à un CMP qui lui semble trop loin il ne s'y rendra pas et sera en rupture de soins »*, explique le Dr René Wulfman, le psychiatre qui coordonne l'équipe mobile, rattachée au réseau psychiatrie et précarité du territoire parisien. Cette situation, Nadia la connaît bien. C'est celle de Marc qui fait partie des signalements des maraudeurs d'Emmaüs. Hospitalisé plusieurs semaines cet été, il n'a jamais voulu se rendre au CMP pour poursuivre son traitement, et, depuis, son état a empiré. Lorsque les trois femmes arrivent dans le passage où il a élu refuge, il dort, et n'est pas du tout disposé à discuter. Certains, atteints de maladie psychiatrique chronique, acceptent de se rendre au CMP une fois par mois pour une injection dite *« traitement de retard »*, qui leur permet d'éviter une rupture de soins dangereuse. *« Ceux qui survivaient dans les asiles autrefois, se retrouvent aujourd'hui dans les centres d'hébergement. Quand on a fermé les asiles on voulait des structures intermédiaires, des maisons de famille, mais ça n'a pas été mis en place, donc les gens sont à la rue, il y a de grands psychotiques dans les associations. Nous voudrions pouvoir intervenir avant que tout bascule, mais, pour les administrations, les pauvres sont forcément dans la rue et elles ne comprennent pas l'importance de la prévention dans nos missions »* conclut le Dr Wulfman, déçu.

Céline Figuière

LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

SCAMPS, EXPÉRIMENTATION À MI-PARCOURS

Avec près de 25 personnes accompagnées en 12 mois, l'équipe pluri-professionnelle et mobile du SCAMPS (Service de coordination et d'accompagnement médico-psycho-social) a rempli ses objectifs en permettant le maintien dans le soin à des patients fragilisés socialement. Lancé par l'association Aurore fin 2012, avec l'aide financière de l'agence régionale de santé, de l'INCa, de la Ligue contre le cancer (comité 44) et le soutien de la FNARS Pays de la Loire, ce projet a encore un an pour prouver son efficacité auprès des personnes précaires atteintes d'un cancer, en vue d'une pérennisation et d'une extension aux autres pathologies chroniques invalidantes.



Composée de deux infirmières, d'un médecin coordinateur, d'un psychologue, d'un travailleur social et d'une secrétaire, l'équipe du SCAMPS est sur tous les terrains à la fois. Le social, puisque leur travail et leur accompagnement s'adressent à des personnes précaires, et le médical, puisque celles-ci sont atteintes d'un cancer. Mais la particularité du SCAMPS, et celle justement qui a convaincu les financeurs pour cette expérimentation de deux ans, est qu'il s'adresse à des personnes qui disposent d'un toit (logement ou hébergement), à la différence des ACT (Appartements de coordination thérapeutique), dispositif déjà existant. En 2009, environ 2 700 personnes résidant en Loire-Atlantique et disposant de l'ALD (Affection longue durée) pour un cancer étaient également bénéficiaires de la CMU. Grâce à ce projet, certaines pourront se soigner tout en restant dans leur environnement, sans avoir en plus à tout reconstruire pendant le traitement et ensuite lors de leur convalescence. *« Ce système nous permet de ne pas recommencer tout le travail d'accompagnement consécutif à un changement d'environnement et de proposer les avantages de l'ACT à des personnes qui ont un toit en respectant leur parcours »*, explique Pierre-Emmanuel Nicolau, directeur adjoint au pôle Addictions Santé Précarité d'Aurore. *« Ce projet n'a pas vocation à prendre la place d'autres dispositifs, comme l'hospitalisation à domicile par exemple, mais lorsque la prise en charge médicale est mise à mal par une précarité socio-économique, les partenaires font appel au SCAMPS »*, ajoute-t-il.

« CE SYSTÈME NOUS PERMET [...] DE PROPOSER LES AVANTAGES DE L'ACT À DES PERSONNES QUI ONT UN TOIT EN RESPECTANT LEUR PARCOURS »
PIERRE-EMMANUEL

PRIORITÉ AUX SOINS

L'objectif de l'équipe n'est pas d'accompagner la personne pour une longue durée, mais de permettre l'accès aux soins, la gestion de la maladie, le maintien dans le lieu de vie ou encore l'accompagnement social et administratif. En effet, la personne souffrante, en raison de son isolement, de sa situation ou d'addictions, peut manquer de soutien et ne pas savoir à qui demander de l'aide, qu'il s'agisse de l'accompagner voir un médecin, de mettre son logement en état pour sa sortie d'hôpital, de faire garder ses enfants ou ses animaux domestiques. Les prestations du SCAMPS sont très diversifiées mais visent toutes à faciliter le parcours de soin grâce à un travail de lien, de mise en relation, de hiérarchisation des actions, de coordination des acteurs et d'accompagnement global. Ils veillent notamment à la bonne compréhension de la maladie, de ses effets et de la prise du traitement mais s'occupent également de l'accès et du maintien des droits, d'apurement de dettes, de trouver un nouveau logement quand l'ancien n'est pas adapté. L'équipe a mis en place une commission d'admissibilité, qui se réunit chaque semaine et étudie les dossiers. *« Les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme ne peuvent pas être accompagnées dans le cadre du SCAMPS. Nous les réorientons vers les réseaux de soins palliatifs »*, précise Pierre-Emmanuel.

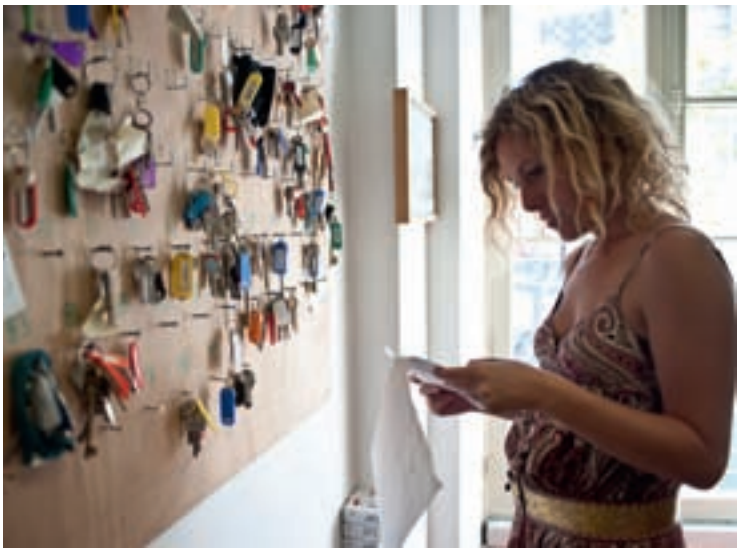
UN APPUI POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Les travailleurs sociaux ne sont pas forcément formés pour accompagner le maintien dans le soin d'une personne atteinte d'une maladie telle que le cancer, qui implique des traitements parfois très durs à supporter. Ainsi, l'arrivée de l'équipe mobile dans une maison relais, par exemple, peut être d'un grand soutien et pour le malade et pour les travailleurs sociaux qui l'accompagnent au quotidien. La triple compétence, du médical, du psychologique et du social, est bien l'apport essentiel du SCAMPS dans un accompagnement global. Après un an d'existence, le nombre de demandes ne cesse d'augmenter, avec dorénavant une liste d'attente importante.

Céline Figuière

HOUSING FIRST EUROPE : UN BILAN ENCOURAGEANT

Alors que le rapport final de l'expérimentation Housing First Europe (HFE) vient d'être rendu, la coordinatrice technique nationale du programme «un chez soi d'abord», le Dr Pascale Estecahandy, revient pour la FNARS sur ses recommandations et ses effets sur le programme français encore en cours d'étude. La France, dont les inclusions n'avaient pas commencé au début du programme HFE, a en effet suivi l'avancée des résultats européens en tant que membre du comité de pilotage.



© Julien Jaulin

Projet d'expérimentation sociale financé par la Direction générale de la Commission européenne pour l'Emploi, les Affaires sociales et l'Intégration dans le cadre du programme PROGRESS, Housing First Europe s'est tenu dans cinq villes pilotes entre août 2011 et juillet 2013. Si les régimes de protection sociale et le contexte local étaient très variés dans chacun des sites pilotes (Amsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow ou Lisbonne), l'objectif de Housing First, inspiré des méthodes américaines, est resté le même partout : fournir aux personnes sans-abri un accès à des logements permanents, le plus tôt possible, avec un accompagnement individualisé et intensif. Dans ces différentes villes dominaient jusqu'alors les systèmes d'accès au logement dits par *«paliers»*, soit différentes étapes intermédiaires avant d'avoir un toit durable, et les mesures d'urgences proposées aux sans-abri. La majorité des participants au projet HFE étaient des hommes célibataires sans-abri depuis longtemps, âgés en moyenne de 36 à 45 ans et souffrant d'une dépendance, sauf à Lisbonne, ville qui a réservé les inclusions aux personnes atteintes de maladie mentale. Afin d'élaborer ce rapport et de poursuivre le projet dans certaines villes, une petite dizaine de questions a été posée à chaque site pilote. Il s'agissait en effet de comparer les situations et profils des personnes entrées dans le programme, leurs besoins de soutien et leur satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement proposé par les équipes, leur stabilité dans le logement, les changements sur leur qualité de vie et leur santé, les financements ou encore leur intégration dans le quartier.

DE BONS ENSEIGNEMENTS POUR LE MODÈLE FRANÇAIS

Avec 80 à 90 % de maintien dans le logement en moyenne dans l'ensemble des cinq villes pilotes, les résultats du HFE sont plus qu'encourageants pour les équipes qui participent à l'expérimentation *«un chez soi d'abord»* à Paris, en métropole lilloise, à Marseille et à Toulouse depuis presque deux ans. Le rapport européen montre notamment que la pluridisciplinarité de l'équipe d'accompagnement est indispensable, tout comme le travail de médiation avec le propriétaire et le voisinage. *«Cela nous renforce sur la pertinence de nos choix pour* «un chez soi d'abord»*, qui se sont ciblés sur le modèle américain du patways housing, avec des logements dans le diffus et un accompagnement intensif sans condition de traitements préalables»*, explique Pascale Estecahandy. À la différence du HFE, le programme français a choisi une approche comparative avec une cohorte de personnes qui bénéficie du programme *«un chez soi d'abord»* et une autre qui fait appel aux systèmes existants, l'expérimentation faisant partie d'un programme de recherche. *«Nous nous étions posé beaucoup de questions au sujet du tirage au sort des cohortes mais finalement nous voyons l'utilité d'avoir un aussi haut niveau de preuves du fonctionnement de ce modèle»*, ajoute-t-elle. D'ailleurs, les participants et organisateurs du HFE attendent avec impatience les résultats de recherche du programme français, à la fin de l'année 2015.

Céline Figuière

+ Plus d'informations sur : www.housingfirsteurope.eu.

LA MALADIE, CET OBSTACLE À L'INSERTION

LES ENJEUX SANTÉ POUR 2014

L'année 2013 a été marquée par le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui comportait un volet santé important. Il affichait une stratégie visant à cibler *« l'ensemble de la population et non plus seulement les plus précaires »*, celle-ci étant jugée plus efficace et stigmatisant moins les populations en situation de précarité. En 2014 est annoncée une loi de santé publique qui se veut être une loi de refondation de notre système de santé, s'appuyant pour cela sur la *« stratégie nationale de santé »*. L'objectif pour la FNARS est donc de faire en sorte que cette loi intègre en 2014 la santé des personnes confrontées à la précarité, la pauvreté et l'exclusion au sens large. La santé pour ces personnes ne doit pas être traitée dans le cadre d'un plan spécifique mais intégrée dans une véritable politique de santé publique. L'enjeu de cette nouvelle loi de santé publique étant bien d'éviter une politique de santé à double vitesse.

Un rapport réalisé en 2013 par la sénatrice Aline Archimbaud contient un certain nombre de propositions opérationnelles, stratégiques et politiques sur *« l'accès aux soins des plus démunis »* dont certaines doivent trouver leur application dans le futur projet de loi annoncé en 2014. La FNARS retient par exemple la proposition visant à fusionner l'AME (l'Aide médicale d'état) et la CMU (Couverture maladie universelle) pour parvenir à une universalité plus aboutie de notre système de protection sociale et mettre fin à une logique de catégorisation des plus précaires n'ayant pas accès aux mêmes droits. Autres propositions : rendre automatique l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle ou espacer les renouvellements de droits et si possible automatiser les renouvellements pour les personnes dont les situations évoluent peu, ce qui contribuera à lutter contre le non-recours. Cette dernière proposition vise à mettre fin à la logique souvent dénoncée qui consiste à demander aux personnes d'apporter la preuve de façon récurrente et répétée qu'elles peuvent *« prétendre »* à des aides.

La lutte contre les inégalités de santé passe également par le développement de structures de premiers recours (Permanences d'accès aux soins de santé, centres de santé, maisons pluridisciplinaires de santé) et des dispositifs dits *« passerelles »* (Lits halte soins santé, Appartement de coordination thérapeutique...) qui favorisent l'accès au droit commun pour les personnes en situation de précarité. L'un des enjeux de 2014 est de faire en sorte que ces dispositifs soient intégrés dans des politiques territorialisées permettant un accès de tous à la santé. Ainsi en est-il des PASS qui doivent être effectivement mises en place dans tous les établissements de santé, ce qui n'est actuellement pas le cas. Ceci passe notamment par un fléchage, sur ces dispositifs, des crédits octroyés aux hôpitaux. La stratégie nationale de santé, véritable feuille de route qui fixe le cadre d'une politique de santé renouvelée, place en position centrale la notion de *« parcours de santé »*. En 2014, la FNARS s'attachera à faire évoluer cette notion pour qu'elle s'adapte aux réalités que vivent les personnes en situation de précarité. Celles-ci ne peuvent pas se conformer à des parcours trop rigides, véritables freins à leur accès aux soins.

En 2014, encore et toujours, la nécessaire articulation entre le social et la santé doit trouver sa mise en œuvre concrète sur les territoires. À ce sujet, les Etats généraux du travail social, qui seront prochainement organisés par l'Etat, doivent être l'occasion de reposer la nécessaire articulation entre les travailleurs sociaux et les acteurs de la santé. Il s'agira de s'interroger sur la façon de concevoir la création de plateformes territorialisées de l'intervention sociale qui permettrait à des équipes, pluridisciplinaires, notamment, d'aller vers les personnes en souffrance psychique, qui ne demandent rien.

Voilà pour la FNARS en 2014, un programme stratégique en santé-précarité prospectif et ambitieux à la mesure de l'ampleur des problèmes rencontrés par les personnes fragilisées en matière de santé. Sachons, sur le terrain, appliquer ces actions avec détermination et rigueur.

Marion Lignac

L'EXEMPLE DE L'ANTENNE MÉDICALE DE BOURGOGNE

Depuis de nombreuses années, l'association *« la SDAT »* en Bourgogne constate que la réinsertion sociale des personnes en grande difficulté ne peut être menée à bien, si, dans le même temps, les multiples problèmes de santé de cette population ne sont pas pris en charge. L'échec de cette prise en charge par les structures de soin dites de droit commun (médecine privée, hôpitaux) a conduit la SDAT à être précurseur dans ce domaine en se dotant d'un outil de santé adapté au public concerné : le centre de santé polyvalent, dit antenne d'accueil médical. Ce centre de santé, qui dispense près de 5 000 consultations par an, propose une prise en charge globale, médicale et sociale. Toutefois, deux questions majeures ne reçoivent pas de réponses satisfaisantes : les soins ophtalmologiques et les soins dentaires. Plusieurs raisons à ce constat : peur des soins, absence de plaintes des patients, mauvaise couverture sociale… C'est dans l'optique d'aller au-devant de ces obstacles et difficultés que l'association a eu le projet de créer une unité mobile ophtalmologique et dentaire qui a pour mission, d'aller au contact de cette population, là où elle a l'habitude de se rassembler (squat, gare, lieu d'hébergement…). Tout l'intérêt de cette unité mobile est de proposer une consultation avec un médecin spécialiste ophtalmologiste ou chirurgien-dentiste bénévole (selon les jours) avec un bilan social réalisé par un travailleur social pour une orientation et un suivi vers le droit commun.

Marion Lignac

UN GUIDE SIGNÉ PAR LA FNARS ET LA FÉDÉRATION ADDICTION

Les questions d'exclusion et d'addiction sont souvent imbriquées. Les associations du réseau FNARS accueillent et accompagnent des personnes confrontées à des problématiques addictives. Les associations spécialisées sur ces questions ont de leur côté une expertise et un réseau qui s'articulent avec ces dispositifs. Chacun apporte son expertise sur un territoire. Cependant, le travail en réseau n'est pas toujours évident, les dispositifs n'étant pas forcément connus de l'un ou de l'autre réseau. Dans d'autres situations, la posture professionnelle n'est pas la même alors qu'il s'agit pourtant de l'accompagnement des mêmes personnes. Pour améliorer l'interconnaissance et mieux travailler ensemble, la FNARS et la Fédération Addiction ont signé une convention de partenariat dont l'objectif vise au rapprochement des acteurs généralistes (du réseau FNARS) et spécialisés (du réseau de la Fédération Addiction). Cette convention a été élaborée autour de la rédaction d'un guide qui verra le jour en 2014. Actuellement en cours de réalisation, il s'appuie sur les constats de cinq territoires pilotes : l'Ile-de-France, la Bourgogne, les Pays de la Loire, le Nord Pas-de-Calais et la région Midi-Pyrénées. Chacune de ces régions travaille autour de différentes thématiques et d'expérimentations visant à rapprocher les acteurs et identifier des postures communes. Parmi les différentes thématiques traitées, celle de *« l'aller vers »*, au travers notamment de la coordination de maraudes généralistes et spécialisées sur les addictions, avec des questions communes : quelles sont les spécificités de ces interventions et quelle est la coordination sur un territoire ? Autre question abordée : la réduction des risques. En effet, comment adapter son règlement de fonctionnement dans une optique de réduction des risques lorsque l'on accueille et accompagne des personnes confrontées à des problématiques addictives ? Autant d'expériences issues de débats en régions qui viendront alimenter le guide commun. En parallèle de ce projet, la FNARS travaille déjà sur ces thématiques. La FNARS Rhône-Alpes vient d'ailleurs de publier un guide *« Consommations et addictions, un chemin pour la réflexion »*. Cet outil, téléchargeable sur le site de la FNARS Rhône-Alpes, peut permettre aux structures de réfléchir sur leur positionnement dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation d'addiction.

Marion Lignac

VUE D'AILLEURS

LE PROJET MB DANOIS

INTERVIEW DE TIM GREACEN

Directeur du laboratoire de recherche de l'hôpital Maison Blanche à Paris.

Qu'est-ce que le projet MB ?

Tim Greacen : Le projet MB est né à Aarhus au Danemark au début des années 2000. *«Medarbejder med Brugererfaring»* signifie *«Collègue de travail ayant vécu un trouble psychiatrique»*. Lancée par le centre hospitalier universitaire d'Aarhus, cette expérimentation s'appuie sur l'idée qu'une personne ayant vécu un trouble psychiatrique grave peut tout à fait se rétablir, reprendre une activité professionnelle, et que cette expérience est une réelle valeur ajoutée pour le système de santé publique.

À ce moment là, l'hôpital d'Aarhus a publié dans un journal national danois une annonce invitant les professionnels de santé qui présentent des troubles psychiatriques et en arrêt maladie longue durée, à reprendre une activité. Plus de 100 personnes ont été embauchées, souvent à temps partiel. Elles ont suivi une formation pour les aider à valoriser leur expérience de personnes en souffrance psychique dans un cadre professionnel. Selon leurs compétences, ces personnes auront des missions très diverses : animation de groupes de paroles avec les usagers, de formations psychoéducatives… Tout au long du processus aucune des personnes n'a posé d'arrêt maladie. C'est un exemple à la fois pour les patients eux-mêmes et aussi pour les autres professionnels : on peut s'en sortir, apprendre à vivre avec sa maladie et travailler. Aujourd'hui, plus de 400 personnes ont été embauchées et l'Etat souhaite généraliser cette expérience à l'éducation nationale et aux services de police, ce qui constitue un réel défi, notamment lié à des difficultés d'ordre politique.

Quel est le lien entre le sanitaire et le social dans le cadre du projet MB ?

Tim Greacen : Le projet MB est développé principalement dans les hôpitaux, mais ce sont souvent les collègues MB qui font le lien entre les services de santé et les associations. Le personnel travaille alors en binôme autour de la personne en difficulté : un travailleur social et son collègue MB. Au Danemark, la personne est davantage responsabilisée et elle s'autonomise petit à petit. Elle est considérée comme une personne responsable et le travailleur social ne doit pas faire tout le travail. Ce sont des postures que doivent prendre aussi bien les travailleurs sociaux que les personnes accompagnées.

CARSTEN, 52 ANS

ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ, PRÉRETRAITÉ DU SERVICE PUBLIC.
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ + ABUS DE PRODUITS (AMPHÉTAMINES), MAINTENANT STABILISÉ.

Avec le projet MB, Carsten travaille 15 heures par semaine dans un centre de jour où il anime un atelier de bricolage avec les usagers. Il a initié un service d'aide aux personnes handicapées psychiques ayant des problèmes logistiques et de bricolage à la maison. Il a aussi créé et travaille sur une permanence téléphonique anonyme, qui fonctionne à partir du centre.

KIRSTEN, 48 ANS

INFIRMIÈRE
SUIVIE POUR TROUBLES BIPOLAIRES DEPUIS 20 ANS

Elle travaille aujourd'hui à temps partiel (24h par semaine) dans une structure résidentielle pour des patients avec des psychoses sévères. Kirsten est membre à part entière de l'équipe. Une des rares infirmières dans la structure, elle est souvent chargée de la distribution des médicaments. Elle anime la formation psycho-éducative des résidents (comment gérer sa vie, ses traitements…) et a initié plusieurs groupes avec les résidents qui travaillent sur les problèmes d'addiction, de surpoids…

Dans quelle mesure pensez-vous que cette démarche puisse être transposée en France ?

Tim Greacen : En France, on se concentre avant tout sur les problèmes de la personne plus que sur ses forces. Il faut inverser la logique et considérer l'expérience de vie des personnes aussi comme des compétences. Ces gens ont une réelle expertise des situations de précarité et ce sont souvent eux qui connaissent le mieux la complexité des systèmes de santé et des systèmes sociaux. Ils sont des experts qui savent sur quel bouton il faut appuyer. Les résistances viennent principalement des autres professionnels qui n'ont pas l'habitude de travailler de cette manière et qui ont parfois développé une mauvaise image de la santé mentale.

En France, le principal problème est qu'il existe encore à ce jour une très grande discrimination en direction des personnes vivant avec un trouble psychique. Il est nécessaire de lutter contre cette stigmatisation. Il faut que les professionnels se posent la question : *«Avec leur expérience, qu'ont-ils appris que je ne sais pas ?»*.

Propos recueillis par Samuel Le Floch

VEILLEUR DE NUIT

On en parle peu, pourtant ils ont un rôle essentiel au sein des structures d'hébergement. Garants de la sécurité de l'établissement et du repos des résidents, les veilleurs de nuit assurent également le relais avec les travailleurs sociaux et équipes de jour, et endossent parfois un rôle de confident. Jérôme et Issa exercent ce *« métier de l'ombre »* depuis plusieurs années déjà.

Portraits de Jérôme Pujol, 36 ans, veilleur de nuit/écoutant 115 au CHRS Antipoul géré par le CCAS de Toulouse et de Issa Ouro-Sama, 55 ans, veilleur de nuit au CHRS du Renouveau à Dijon.

Quel a été votre parcours ?

Jérôme Pujol : J'ai suivi une formation dans un lycée professionnel hôtelier, j'ai travaillé dans différents restaurants, et en parallèle je faisais ponctuellement du bénévolat à la Croix-Rouge. Au fil du temps, l'association m'a proposé de faire des missions plus longues. J'ai été bénévole à Sangatte et à Fréjus pour gérer la logistique des camps et l'accueil des réfugiés et à Amiens lors des inondations pour participer aux opérations de nettoyage des caves et des maisons. Je me suis alors rendu compte que le côté social, le contact avec les gens m'attirait plus que la restauration. J'ai postulé au Samu-social de Paris en début de période hivernale, moment où il y a le plus de besoins, et j'ai été embauché en tant qu'accueillant social d'urgence au foyer de Montrouge en région parisienne. Il s'agissait de préparer le foyer en installant les draps jetables, les espaces d'hygiène, puis d'accueillir les personnes et de distribuer les chambres. Après trois ans là-bas, j'ai été engagé comme veilleur de nuit à la Maison des Allées, centre d'hébergement pour femmes à Toulouse. Après la période hivernale, le directeur du centre m'a proposé un poste de veilleur de nuit/écoutant 115 au CHRS Antipoul qui accueille exclusivement des hommes. J'y travaille depuis huit ans.

Issa Ouro-Sama : J'ai un parcours un peu atypique. Je suis rentré au CHRS du Renouveau en 1983 en tant que stagiaire dans le cadre de ma licence de psychologie. Je cherchais à comprendre ce qu'était la précarité en France. J'ai pu voir que tout le monde peut basculer, et appréhender le fait que si une personne est alcoolique, c'est suite à des évènements qu'elle a vécus. J'ai appris à éviter le jugement hâtif. Après ce stage, on m'a proposé d'intervenir en tant qu'animateur au centre Vellerot situé à 70 km de Dijon qui accueillait des personnes souffrant d'addictions en postcure pendant un trimestre, avant qu'elles ne soient réorientées vers le CHRS. Il s'agissait d'être présent pendant trois jours, jour et nuit, pour accompagner les résidents. Après trois années là-bas, j'ai été muté au CHRS où il ne restait qu'un seul poste, celui de veilleur de nuit. En parallèle, j'ai poursuivi mes études et j'ai passé un doctorat de sociologie. Aujourd'hui, j'exerce toujours ce métier de veilleur de nuit, même si mon titre exact est *« agent de soins de nuit »*, puisque le CHRS s'adresse aux personnes présentant une dépendance mais ayant choisi l'abstinence.

Quelles sont vos missions au sein du CHRS ?

J.P. : La spécificité de mon poste est que je suis à la fois veilleur de nuit pour le CHRS et écoutant 115.
C'est une double casquette avec laquelle il faut apprendre à jongler, parce que l'on peut être en pleine conversation avec un hébergé et devoir répondre au 115, même si la priorité reste toujours le CHRS. Nous ne sommes que deux salariés la nuit pour 80 résidents voire 85 en période de grand froid, et on ne peut pas se laisser déborder par un problème interne. En tant que veilleur de nuit, il faut s'assurer du bon fonctionnement de l'établissement : la gestion des hébergés, des repas pour les arrivées tardives, des éventuels conflits entre résidents, des problèmes de santé, d'alcool… Au 115, nous gérons l'attribution des places en foyer d'hébergement et la coordination des maraudes. Le plus difficile est le manque de places. En seulement une heure, elles sont toutes attribuées, et pour le reste de la nuit, nous n'avons plus de solutions à proposer aux personnes qui appellent. Mais finalement ce sont deux métiers qui se complètent bien. Ils nécessitent tous les deux de la patience, de la diplomatie, le sens de l'écoute et une certaine ouverture d'esprit.

I. O.-S. : Au total, le CHRS du Renouveau a une capacité de 57 places, auxquelles s'ajoutent 15 places de pensions de famille et 4 à 5 lits halte soins santé. Nous sommes deux agents de soins de nuit pour gérer ces différents services. Il y a aussi dans l'établissement, le centre Marceau (postcure) qui est géré par un infirmier la nuit mais que nous ●●●

VEILLEUR DE NUIT

« EN TANT QUE VEILLEUR DE NUIT, IL FAUT S'ASSURER DU BON FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT : LA GESTION DES HÉBERGÉS, DES REPAS POUR LES ARRIVÉES TARDIVES, DES ÉVENTUELS CONFLITS ENTRE RÉSIDENTS, DES PROBLÈMES DE SANTÉ, D'ALCOOL… »
JÉRÔME

●●● épaulons en cas de souci. Nous sommes là pour assurer la sécurité des biens - locaux, matériel de bureau, cuisine - mais aussi des personnes. Nous faisons trois rondes pendant la nuit pour être sûrs que tout se passe bien. Mais on ne rentre dans les chambres des résidents que si l'on nous signale un cas de maladie ou que l'on n'a pas vu la personne de la journée. Dans ce cas, il s'agit de savoir si elle a consommé de l'alcool et dans l'affirmative de remonter l'information. Tout ce qui se passe dans la nuit est noté dans un cahier de liaison - maladie, dépression, consommation de drogues, d'alcool, angoisse - nous essayons d'évaluer tout ça mais sans trop aller en profondeur pour ne pas empiéter sur le travail fait avec les éducateurs le jour. Nous sommes aussi là pour écouter, calmer, rassurer.

Quels liens entretenez-vous avec les résidents ?

J.P. : Même si l'accompagnement est fait par les éducateurs, il y a aussi toute une gestion de la personne la nuit. Comme nous sommes les deux seules personnes *« avec un statut »* à être là et que le CHRS est un lieu où peu de liens d'amitié se créent, les hébergés viennent souvent nous voir pour discuter. Mais les hommes ont une certaine réserve, ils n'aiment pas exposer leurs difficultés, ils sont assez renfermés. Quand je travaillais dans le centre pour femmes, elles recherchaient beaucoup plus ce côté relationnel, les confidences venaient naturellement. C'est aussi une question d'aménagement des locaux. À la Maison des Allées, les pièces communes étaient à côté du bureau des veilleurs de nuit, on passait la soirée avec les hébergées. Au CHRS Antipoul, le bureau 115 et l'accueil sont assez isolés des chambres, ça peut créer une distance, même si le contact se fait quand même.

I. O.-S. : Certains résidents se réveillent la nuit, n'arrivent pas à dormir et veulent se confier. Ils nous disent souvent *« vous n'êtes pas comme les autres »* et ne nous associent pas à l'équipe éducative. Il faut alors bien leur rappeler que nous en faisons partie et que ce qu'ils nous disent sera potentiellement transmis aux éducateurs de jour. Quand ils ont compris que l'on ne discute pas entre copains mais entre salarié et résident, il n'y a pas de problème. Ils savent que nous sommes là de 21h à 7h du matin à leur disposition, ils savent où nous trouver.

Comment gérez-vous la problématique des addictions ?

J.P. : En fin d'après-midi ou en début de soirée, il peut arriver que les personnes se présentent à l'accueil alcoolisées. La gestion se fait au *« feeling »*, en connaissant un peu la personne, on sait si elle va être capable de contrôler son alcoolémie et de s'adapter à la vie en communauté cette nuit-là. Il faut savoir distinguer la personne alcoolisée qui a passé sa journée à boire mais qui va se coucher tranquillement et la personne qui a l'alcool agressif. Dans ce cas, on n'a pas le choix, pour éviter tout problème, il y a refus d'hébergement pour la nuit en cours, et le lendemain, on prévient les éducateurs pour que la personne soit reçue en entretien. Nous avons un regard assez singulier sur les hébergés : on voit ceux qui ne dorment pas, ceux qui sont stressés et traînent dans les couloirs, ceux dont c'est la première expérience en CHRS - souvent des jeunes qui viennent de quitter le foyer familial ou des personnes âgées - et qui sont angoissés par ce nouvel environnement, ceux qui étaient alcoolisés pendant la nuit mais ne le sont plus le matin. Ce sont des comportements que les éducateurs de jour ne voient pas et qu'il est important de leur transmettre pour les aider dans leur travail quotidien avec les résidents.

I. O.-S. : La spécificité du CHRS est qu'il est destiné aux personnes dépendantes de l'alcool qui arrivent après une cure, mais depuis quelques années le centre accueille également des personnes qui ont une dépendance avec le cannabis et d'autres drogues. Normalement, les résidents sont censés être sevrés, mais il y a des rechutes, souvent la nuit et le week-end. On arrive à faire face grâce aux formations que nous avons reçues. Tout salarié qui arrive au Renouveau doit réaliser deux modules de formation en addictologie et alcoologie. J'ai aussi été formé au risque de rechute et à la gestion de la violence. Grâce à cela, on sait comment intervenir, quelles sont les décisions à prendre pour calmer quelqu'un qui a bu, pour l'amener dans sa chambre. Au besoin, nous évaluons le degré d'alcool avec un éthylotest et au-delà de 2 grammes nous appelons SOS Médecins. Si le médecin décide de maintenir le résident dans l'établissement, nous passons plusieurs fois dans la nuit pour lui apporter au moins un litre d'eau et s'assurer qu'il dort bien, respire bien. En plus de l'alcool, beaucoup de personnes consomment aussi du cannabis, et lorsqu'on le détecte, on accompagne la personne dans sa chambre et on prévient l'équipe le lendemain. En 27 ans de poste, j'ai vraiment vu évoluer les publics et leurs problèmes, la population du CHRS est de plus en plus jeune.

Propos recueillis par Laure Antoine

PLAN PLURIANNUEL DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ :

OÙ EN EST-ON UN AN APRÈS ?

Il y a un an, le Gouvernement adoptait un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, ouvrant la voie à une nouvelle façon de prendre en considération la pauvreté et la précarité en France. Que peut-on dire un an après sa mise en œuvre ?

Regarder autrement les personnes en situation de pauvreté, qui ne sont ni assistées, ni responsables de leur situation, tel est l'un des enjeux du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Mais, bien au-delà, ce plan vise à changer la conception selon laquelle il convient de lutter contre la pauvreté : ne plus la traiter comme un phénomène à la marge appelant des réponses spécifiques, mais comme un phénomène que chaque politique publique doit prendre en compte.

Parmi les mesures qui ont été appliquées dès 2013, citons la revalorisation du RSA socle. Le plan prévoit qu'elle sera de 10 %, en plus de l'inflation, d'ici 2017. Une première augmentation de 1,75 % est intervenue au 1er janvier 2013, une seconde de 2 % en septembre 2013. C'est une avancée à prendre en compte, tant la question des ressources est cruciale, même si elle peut paraître insuffisante. À cet égard, on ne peut que dénoncer le choix fait par le Gouvernement de ne pas procéder à la revalorisation de l'APL (Aide personnalisée au logement) avant octobre 2014. Si cette décision est maintenue, le pouvoir d'achat des plus pauvres ne progressera pas. Autre mesure : la revalorisation le 1er juillet 2013, du plafond annuel de ressources pour bénéficier de la CMU-C (+ 8,3 %), de l'AME (Aide médicale d'état) et de l'ACS (Aide à la complémentaire santé). C'est une avancée majeure alors que beaucoup de ménages renoncent à se soigner faute de pouvoir bénéficier d'une complémentaire santé.

ALLER PLUS LOIN QUE LA *«GARANTIE JEUNES»*

Parmi les chantiers engagés, celui de la *« garantie jeunes »*. Depuis cet automne, 10 territoires pilotes la mettent en œuvre pour en faire bénéficier 10 000 jeunes. Il est prévu une montée en charge de ce dispositif jusqu'en 2016 où il devrait concerner 100 000 jeunes par an.

Il remonte des premiers départements concernés la crainte que cette garantie ne bénéficie pas à ceux pour lesquels elle est destinée en priorité : les jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni scolarisés et sans ressources. La plupart de ces jeunes risquent en effet *« de passer à côté »* de ce dispositif dans la mesure où la logique de guichet et d'institution - telle qu'elle est mise en avant avec les missions locales - n'est pas adaptée pour eux et qu'ils renonceront à s'y rendre. Au-delà, comme pour de précédents dispositifs, face à un objectif restreint de bénéficiaires, ce seront les moins éloignés de l'emploi qui seront choisis.

La FNARS a toujours considéré que cette mesure ne pouvait être que transitoire, en attendant une réforme plus ambitieuse qui consisterait à créer un droit à l'éducation formation tout au long de la vie assortie de ressources, dont pourrait bénéficier notamment tout jeune quelle que soit sa situation.

HÉBERGEMENT ET LOGEMENT, DES BESOINS ENCORE NON COUVERTS

Malgré de nombreuses lois et réformes diverses, la crise du logement perdure depuis plus de 30 ans. L'insuffisance de logements, l'inadéquation entre le niveau des ressources des ménages et les loyers pratiqués, et des systèmes de garantie des risques locatifs discriminants en sont les principales caractéristiques. Le plan pluriannuel propose certaines mesures. Parmi celles-ci, la création d'un "super PLAI" (Prêt locatif aidé d'intégration) dans l'objectif de construire des logements sociaux avec de faibles niveaux de loyers. Le ministère en charge du logement a lancé un appel à projet à la fin de l'année 2013 prévoyant la création de 2 000 logements en 2014 et 3 000 en 2015. Si le principe est intéressant, les objectifs sont faibles, alors que le Collectif des associations unies estime à 60 000 le nombre annuel de logements en PLAI nécessaires pour loger les plus précaires, le projet de loi de finances pour 2014 prévoit de n'en financer que 33 000.

Le projet de loi logement reprend le principe d'une garantie universelle des loyers (GUL) annoncé dans le plan pluriannuel. Mais cette même loi prévoit sa mise en œuvre à compter de janvier 2016 et la réserve aux contrats signés à partir de cette date. C'est à la fois bien tardif et bien restrictif.

Sur le champ de l'hébergement, le plan annonçait la création de 7 000 places supplémentaires. Les préfets ont publié des appels à projets sur la base de cahiers des charges dont les prix (entre 4 000 € et 10 000 € par place et par an) sont insuffisants pour permettre un accompagnement de qualité. C'est donc la logique de mise à l'abri qui perdure. Cela renforce la logique de *« portes tournantes »* du dispositif d'hébergement qui maintient et renforce la situation de grande précarité dans laquelle se trouvent les personnes, dont elles ne parviennent pas à sortir.

L'IAE, UN PREMIER PAS À CONCRÉTISER

Dans le domaine de l'emploi, les chantiers de réforme de l'IAE (Insertion par l'activité économique) annoncés dans le plan sont en cours et ont fait l'objet de concertations positives entre l'Etat et les associations. Certains seront mis en œuvre en 2014 ; ce sera le cas de la réforme des financements. Sur le plan de la gouvernance, la FNARS demande à ce que les conférences de financeurs soient mises en œuvre rapidement et attend d'autres réformes plus structurelles des politiques de l'emploi. C'est le cas de la formation professionnelle dont la réforme doit bénéficier à ceux qui ont en le plus besoin, parmi lesquels les salariés en insertion.

LE TRAVAIL SOCIAL EN CRISE

Enfin, le chantier de la refondation du travail social est à peine engagé. Des Etats généraux se tiendront en 2014 avec des travaux préparatoires en région. Il y a urgence, alors que plus que jamais les travailleurs sociaux vont mal, s'interrogent sur le sens de leur mission, dans un contexte de massification de la précarité, de manque de logement et d'emploi... En attendant des réformes de fond, l'urgence est de ne pas précariser davantage les travailleurs sociaux par des modes de financement de l'accompagnement social précaires. Face à la difficulté de changer les logiques à l'œuvre, ce plan à lui seul ne suffira pas pour enrayer durablement la pauvreté, il sera nécessaire d'engager des réformes plus structurelles.

François Brégou

Retrouvez la contribution de la FNARS au rapport d'évaluation du plan pluriannuel sur le site de la FNARS.

LES RÉFORMES DU SURENDETTEMENT ET LA CRISE

Introduite en 1990 par la loi « Neiertz »[1], la procédure de surendettement a été initialement conçue pour faire face à un phénomène considéré alors comme temporaire. En 2013, le baromètre du surendettement établi par la Banque de France fait état de 220 670 dossiers déposés en moyenne chaque année (contre 90 000 dossiers en 1990). Selon une étude menée en 2011[2], les familles aux revenus les plus modestes sont principalement touchées ; 48,7 % des dossiers de surendettement déposés concernent des personnes ayant des ressources inférieures au SMIC et pour 10,7 % des personnes dont les revenus sont inférieurs au RSA socle pour deux personnes. Pour faire face à ces évolutions, le dispositif de traitement du surendettement a été modifié à plusieurs reprises par le législateur et continue de faire l'objet de nombreuses réformes.

La procédure de traitement du surendettement permet à toute personne physique de bonne foi qui se trouve dans *« l'impossibilité manifeste [...] de faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles exigibles et à échoir[3]»* de déposer un dossier auprès de la commission de surendettement située dans son département de domiciliation. Toutes les dettes sont concernées, à l'exception des dettes professionnelles et alimentaires. La commission examine la recevabilité de la demande et propose une orientation dans un délai maximum de trois mois. La recevabilité du dossier entraine pour les créanciers la suspension des procédures d'exécution et l'interdiction d'engager de nouvelles procédures pour obtenir le recouvrement des créances. Pour le débiteur, elle lui interdit d'aggraver sa situation financière.

UNE PROCÉDURE ÉVOLUTIVE

Envisagée à l'origine seulement comme une instance de médiation, la commission de surendettement a vu son rôle considérablement évoluer. Depuis 1995[4], elle peut procéder à plusieurs types d'orientations. Lorsque la personne conserve une capacité de remboursement suffisante, la commission peut élaborer un *« plan conventionnel de redressement »*. Il s'agit d'une phase de négociation avec les créanciers pour trouver un accord à l'amiable. En fonction de la situation de la personne, un plan d'apurement des dettes (étalé sur une période pouvant aller jusqu'à huit ans) est réalisé en tenant compte de ses ressources et de ses charges. Le règlement des dettes peut être reporté ou échelonné. Une réduction des taux des intérêts ou encore un abandon partiel des créances peuvent également être préconisés. À défaut d'accord, la commission peut décider que ces mesures seront *« imposées »*. Elles devront alors faire l'objet d'une homologation par le juge.

Lorsque le niveau de surendettement est tel que la personne ne pourra pas redresser sa situation financière et qu'un effacement de l'intégralité des dettes est nécessaire, la commission peut recommander une *« mesure de redressement personnel », ou « l'ouverture d'une procédure de redressement personnel avec liquidation judiciaire »* qui conduira à la nomination d'un mandataire judiciaire chargé de la vente du patrimoine et de la répartition des actifs entre les créanciers, et à l'effacement des dettes restantes.

« 220 670 DOSSIERS DE SURENDETTEMENT SONT DÉPOSÉS CHAQUE ANNÉE »

LIEN ENTRE SURENDETTEMENT ET LOGEMENT

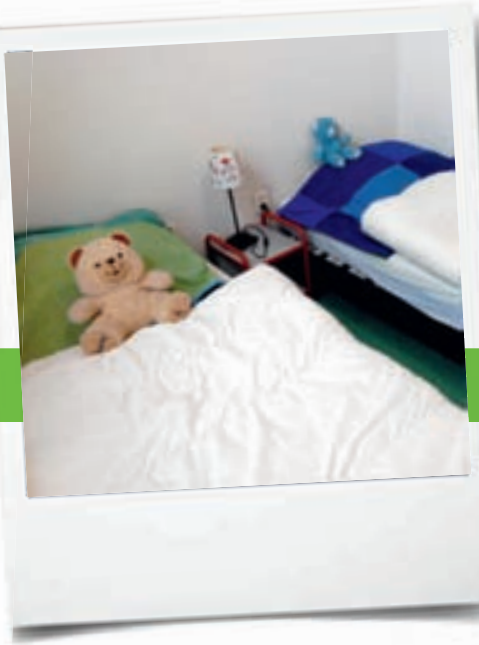
Devant l'augmentation des personnes en situation d'impayés de loyers, le législateur a aménagé à plusieurs reprises la procédure du surendettement pour éviter la perte du logement. La loi du 22 décembre 2010 a ainsi ouvert la possibilité à la commission de surendettement de saisir elle-même le juge d'instance afin de demander la suspension de l'expulsion locative d'une personne dont le dossier de surendettement a été déclaré recevable[5]. Plus récemment, plusieurs dispositions protectrices des ménages surendettés ont été adoptées notamment dans le cadre de la loi de séparation et de régulation des activités bancaires du 26 juillet 2013. Les aides au logement (APL, ALS et ALF) sont désormais rétablies dès la déclaration de recevabilité de la commission de surendettement. Par ailleurs, une articulation est créée entre la procédure de surendettement et le plan d'apurement des dettes locatives conclu dans le cadre des protocoles de cohésion sociale pour les locataires HLM ce qui n'était pas le cas auparavant. Le protocole peut ainsi être suspendu au profit des mesures décidées par la commission de surendettement. Pour éviter la vente de la résidence principale d'un propriétaire endetté, la loi permet la modulation des montants de remboursement.

Dans un contexte d'augmentation de la précarité économique et sociale, la prévention de l'endettement des familles et l'amélioration de la procédure du traitement du surendettement sont des préoccupations majeures. Les réformes se sont accélérées ces dernières années. De nouvelles mesures viennent ainsi d'être adoptées telles que l'arrêt des intérêts et pénalités de retard dès la déclaration de recevabilité du dossier par la commission de surendettement, la possibilité de décider immédiatement de mesures imposées notamment au regard de la très faible capacité de remboursement du ménage, ou encore la mise en place dans chaque département d'une coordination entre la commission de surendettement, le conseil général et la caisse d'allocations familiales.

D'autres mesures sont encore à venir comme l'encadrement des crédits renouvelables prévu dans le projet de loi relatif à la consommation examiné en seconde lecture au Parlement.

Katya Benmansour

1 Loi n°89-1010 relative à « la prévention et au règlement des difficultés liées au surendettement des particuliers et des familles.
2 Banque de France « Le surendettement des ménages, enquête typologique 2011 »
3 Article L300-1 du code de la consommation.
4 Loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative ; Loi n°2010-737 du 1er juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation ; Loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.
5 Article L331-3-2 du code la consommation.



SANS-ABRI, MAIS PÈRE AVANT TOUT

Depuis maintenant cinq ans, l'association Béthel hébergement à Tourcoing dispose d'un appartement parental dont elle fait bénéficier deux autres structures. Les pères peuvent y accueillir leurs enfants le temps d'un week-end ou pendant les vacances scolaires et ainsi consolider leurs liens en attendant de retrouver un logement pour leur famille.

Pour continuer à exercer son autorité parentale, il faut un lieu. Cette évidence est remise en question pour les pères qui se retrouvent sans-abri et qui ne peuvent plus accueillir leur famille et partager un quotidien avec leurs enfants. L'association Béthel hébergement, où sont logés plus de 70 hommes, de tous les âges, a profité de travaux de rénovation dans le CHRS pour construire un appartement parental adjacent. Pour que ce projet corresponde au mieux aux besoins des pères résidents, Jean-Matthieu Roupain, éducateur spécialisé, a organisé des groupes de rencontre avec des professionnels du secteur, des personnes hébergées et des membres du CHRS. C'était en 2008, et depuis le carnet de réservation de ce deux pièces se remplit facilement. Avec une caution de 50 euros et au tarif de 20 euros par week-end, les pères disposent d'un espace privilégié pour reconstruire une vie de famille. *« Nous préparons ce moment en amont avec les pères pour voir s'ils pourront vivre ces quelques jours avec leurs enfants, suivre à nouveau leur rythme de vie et respecter les règles de gestion du logement »,* explique Jean-Matthieu Roupain qui précise que les pères doivent obligatoirement avoir le droit de garde de leurs enfants et en donner une preuve écrite à l'équipe du CHRS.

VIVRE EN CHRS, UNE ÉTAPE

La proximité de l'appartement parental et du CHRS est à la fois un avantage et un inconvénient. Les enfants doivent emprunter la même entrée que les personnes hébergées et sont confrontés à une réalité qu'ils ignoraient parfois. *« Certains pères sont freinés par le fait de montrer où ils habitent à leurs enfants. Mais une fois qu'ils ont passé ce cap, ils voient très vite à quel point c'est bénéfique, pour eux, et pour leurs enfants. Cet outil permet de raccrocher les wagons… »,* dit Jean-Matthieu.

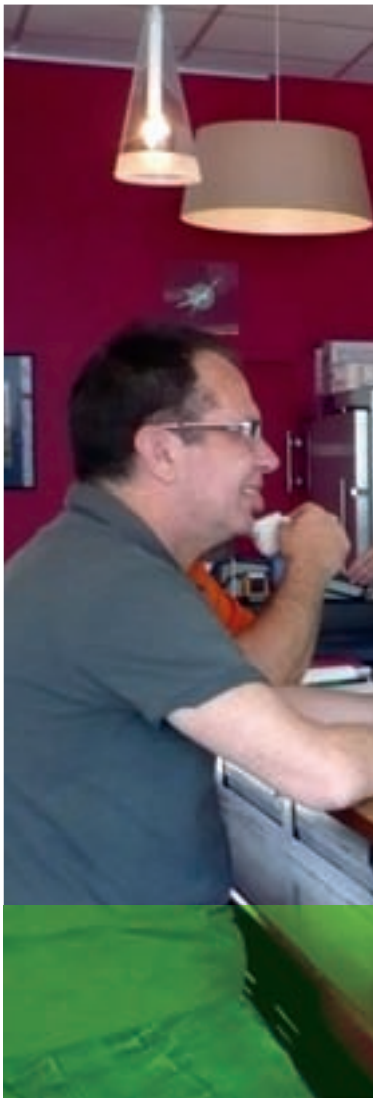
En cinq ans, l'éducateur spécialisé a connu des situations familiales très diverses et a remarqué que ce logement très temporaire pouvait être encore plus utile que prévu. En effet, si certains couples se séparent, ce n'est pas forcément parce qu'ils ne s'entendent plus. Parfois le manque de logement ne permet plus, tout simplement, de rester ensemble. Dans ces cas-là, l'appartement de Béthel sert de foyer familial, pour les enfants mais aussi pour leur mère qui peut venir y séjourner avec eux et retrouver un lien avec son partenaire et le père de ses enfants. D'autres fois, la mère des enfants, vient juste visiter le CHRS et l'appartement parental pour être rassurée quand, le week-end suivant, le père les recevra tout seul.

UN ESPACE PARTAGÉ AVEC D'AUTRES STRUCTURES

Posséder un appartement parental est un *« plus »* que proposent peu de CHRS, faute d'espace ou de moyens financiers. Le SIAO du département oriente d'ailleurs certains hommes vers Béthel en sachant que ceux-ci, pères d'un ou plusieurs enfants, pourront les accueillir là-bas s'ils le souhaitent. *« Lorsque nous avons mis ce projet en place, nous sommes allés rencontrer les autres associations de la région pour voir si elles souhaitaient être partenaires. L'Abej de Lille et le CHRS Regain ont accepté, les hommes hébergés dans ces deux structures viennent depuis séjourner dans l'appartement parental de Béthel »,* ajoute Jean-Matthieu, qui admet que ce partenariat permet d'optimiser sa fréquentation.

Céline Figuière

DEUXIÈME CHANCE AU CAFÉ-RESTAURANT SOLIDAIRE ET CULTUREL



Le café-restaurant l'Embarcadère a ouvert ses portes à Dijon en 2010 à l'initiative de l'association Icare-La-Bergerie qui accueille en foyer d'hébergement des personnes présentant des troubles mentaux stabilisés, un public souvent très isolé. Derrière les murs de ce café atypique, se croisent des professionnels du secteur social formés aux métiers de la restauration, des artistes bénévoles, des personnes handicapées psychiques mais aussi des jeunes en insertion professionnelle hébergés dans le CHRS voisin. Du service à la programmation de concerts, ils ont investi ce lieu et en ont fait un repère culturel dans le quartier.

Inscrit dans une démarche d'économie sociale et solidaire, avec un accueil spécialisé pour les personnes en difficulté psychique, ce café-restaurant est un lieu favorisant les rencontres et les échanges. Depuis trois ans, l'équipe du CHRS Résidence Herriot, situé à quelques rues de l'Embarcadère, s'est associée au café-restaurant. À la recherche d'un espace en capacité de remobiliser les jeunes de 18 à 25 ans hébergés au centre, dont 90% sont sans emploi ni formation, elle a trouvé un lieu et un projet susceptibles de leur redonner des repères. *«La majorité des jeunes que nous accompagnons est issue de la protection de l'enfance, ils sont en situation de grande précarité, sans ressources, particulièrement fragilisés au niveau affectif, certains ont été confrontés à des situations d'échec professionnel. Il est donc extrêmement difficile de les ramener vers l'emploi»* explique Frédérique Serveille, directrice du CHRS, géré par l'association Acodège.

SE CONFRONTER AU MONDE DU TRAVAIL…

L'idée est vite venue de proposer aux jeunes du CHRS une mise en situation professionnelle innovante : encadrés par un éducateur technique, les volontaires s'initient aux tâches du service et de la restauration, du mardi au vendredi matin. Engagés pour une période de trois mois renouvelable une fois, ils découvrent un métier, acquièrent de nouvelles compétences, appréhendent le travail en équipe et se réhabituent à des horaires fixes, sans pour autant avoir peur d'être renvoyés. Le projet s'est en effet construit dans un cadre bienveillant et tolérant. Personne n'est mis à la porte, les jeunes peuvent se tromper, prendre le temps de comprendre leurs erreurs, trouver les attitudes adaptées au monde du travail et reprendre confiance en eux, facteur déterminant pour concevoir un nouveau projet de vie. Seule obligation de cette démarche, s'inscrire à la mission locale de Dijon. Grâce à un partenariat mis en place avec l'association du Renouveau, porteuse d'Ateliers d'adaptation à la vie active (AVA), les jeunes peuvent recevoir une petite rémunération pour valoriser leurs efforts et les motiver pour un retour vers l'emploi. En 2012, sur les dix jeunes ayant participé au projet, huit ont trouvé un CDI, un CDD de plus de six mois ou une formation. Patience, reconnaissance du travail, transmission des connaissances et des savoir-faire, rétribution financière, les éléments de la réussite de cette expérience sont multiples mais l'envergure du projet va au-delà de l'insertion professionnelle des jeunes.

…ET S'OUVRIR À LA DIVERSITÉ SOCIALE ET CULTURELLE

Solidarité et culture sont les maîtres-mots à l'Embarcadère, une philosophie que se sont bien appropriés les jeunes du

« EN PARTICIPANT À L'ANIMATION DE CE LIEU, LES JEUNES S'INSCRIVENT DANS LA CITÉ… »

CHRS. En collaboration avec les salariés de l'établissement et l'équipe éducative du centre d'hébergement, ils sont en charge de l'animation du petit-déjeuner mais aussi des soirées du jeudi. Une fois par semaine, ils participent à l'organisation d'animations, ouvertes au grand public. Concerts de musique électronique, de jazz, cinés-quizz, lectures publiques, ont fait des *«jeudis soirs d'Herriot»*, l'un des rendez-vous incontournables du café-restaurant. En deux ans, de nombreux partenariats se sont ainsi tissés avec d'autres acteurs de l'agglomération dijonnaise comme Zutique Production. Dernier en date, Radio Campus, chaine de radio associative locale, qui diffuse une matinée par mois une émission intitulée Réveil Campus en direct de l'Embarcadère. Là encore, les jeunes sont particulièrement impliqués dans le bon déroulement de cette actualité médiatique. *«En participant à l'animation de ce lieu, les jeunes s'inscrivent dans la cité, et même après l'action, certains continuent de participer à des concerts. Lorsqu'ils arrivent à s'intégrer dans un nouvel environnement, c'est déjà une réussite en soi !»* confie Frédérique Serveille. Afin de mesurer les impacts réels de cette action sur les jeunes, une évaluation est menée par l'Observatoire régional de santé de Bourgogne. Basée sur des critères très diversifiés, l'étude questionne notamment les évolutions de l'humeur, du comportement, de la motivation dans le travail à l'expérience. Une étude dont les premiers résultats montrent d'ores et déjà des bénéfices.

Laure Antoine

COUP DE POUCE

Pour financer cette action, le CHRS Résidence Herriot a répondu en 2011 à un appel à projets lancé par le Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE). Faisant partie des 48 projets sélectionnés sur les 468 présentés au ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, il a obtenu un financement pour une durée de trois ans, aujourd'hui arrivé à son terme. L'équipe espère trouver rapidement de nouveaux partenaires et mécènes, comme la fondation JM Bruneau qui a apporté son soutien en 2012, afin d'assurer la pérennité de ce projet à destination des jeunes en difficulté sociale et psychologique.

Pour soutenir le projet mené à l'Embarcadère :
residence.herriot@acodege.asso.fr

EXPOSITION

L'IMMIGRATION EN BULLES ET EN IMAGES

Alors que les questions d'immigration ne cessent de s'immiscer dans la campagne électorale des municipales, le musée de l'histoire de l'immigration à Paris propose de poser un autre regard sur le phénomène migratoire avec l'exposition *Albums, bande dessinée et immigration 1913-2013*. Un siècle d'immigration dans la bande dessinée est retracé au travers de plus de 400 pièces et documents originaux, planches de bande dessinée, esquisses et croquis préparatoires, films d'animation, entretiens filmés et autres photographies et documents d'archives.

EXPOSITION JUSQU'AU 27 AVRIL 2014
AU MUSÉE DE L'HISTOIRE DE L'IMMIGRATION À PARIS
www.histoire-immigration.fr

WEB-DOCUMENTAIRE

PLACE À LA DÉBROUILLE !

C'est l'histoire de Joffrey, Jeanne, Julien, Morgan, Noémie et Thibault, six jeunes originaires d'un peu partout en France et confrontés à la crise économique et sociale. Dans le web-documentaire *Ma vie à deux balles*, ils parlent de leur quotidien, leurs difficultés à trouver un logement, un emploi, à accéder aux soins, à la culture, mais aussi de toutes les astuces qu'ils imaginent pour y faire face. Des témoignages sans fard, auxquels viennent se superposer des interviews d'experts sur ces mêmes thématiques. Le projet propose également un *« comptoir de la débrouille »* : sous forme de forum, les jeunes sont invités à partager leurs bons plans pour dire non à la précarité.

MA VIE À DEUX BALLES,
RÉALISÉ PAR SOPHIE BRANDSTRÖM
www.maviea2balles.com

LIVRES

ACCOMPAGNER LES JEUNES VICTIMES D'HOMOPHOBIE

L'homosexualité correspond à un cheminement long, complexe et souvent douloureux dans l'acceptation de soi, l'acceptation par l'autre et dans sa relation à l'autre. Les jeunes homosexuel(le)s et transexuel(le)s, en plus de leur questionnement sur leur identité, doivent en permanence faire face à toutes sortes d'actes et de comportements homophobes. Ces filles et garçons ont donc besoin d'une prise en charge spécifique et d'un soutien rassurant et déculpabilisant. Les professionnels du secteur social et médico-social n'y sont pas formés et se trouvent souvent démunis face à ce public particulier. Cet ouvrage, basé sur l'expérience de l'association Le Refuge apporte des réponses aux professionnels sur les problématiques propres à ces jeunes (recherche identitaire, difficultés à assumer son homosexualité, isolement, violences contre soi...) et à l'homophobie (tabou sociétal et religieux, rejet de la part de l'entourage...), ainsi que les spécificités de leur accompagnement social, médical et psychologique.

LE TRAVAIL SOCIAL AUPRÈS DES VICTIMES D'HOMOPHOBIE,
FRÉDÉRIC GAL, ASH PROFESSIONNELS

«CES GENS-LÀ»

Roms, gitans, tsiganes, bohémiens, derrière ces mots, autant de familles, de cultures, de façons de vivre différentes, qui font pourtant souvent l'objet d'amalgames dans les discours politiques et médiatiques. Pour démêler le vrai du faux, Marc Bordigoni propose un ouvrage anthropologique où il décrypte les nombreuses idées reçues, négatives comme positives, associées à ces communautés. S'appuyant sur des données historiques et des faits d'actualité, il fait découvrir au lecteur les coutumes et les richesses des gens du Voyage.

GITANS, TSIGANES, ROMS... IDÉES REÇUES SUR LE MONDE DU VOYAGE,
MARC BORDIGONI, LE CAVALIER BLEU

ABONNEZ-VOUS À “F”, LE MAGAZINE DE LA FNARS !

- ❏ 1 abonnement annuel pour 4 numéros ..... 10 €
- ❏ 2 abonnements annuels pour 4 numéros ..... 15 €
- ❏ 5 abonnements annuels pour 4 numéros ..... 30 €
- ❏ 10 abonnements annuels pour 4 numéros ..... 50 €

RÉGLEMENT PAR CHÈQUE À L'ORDRE DE LA FNARS Les prix sont nets, port compris

MERCI DE JOINDRE VOTRE RÈGLEMENT À LA COMMANDE

❏ M. ❏ Mme

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fonction : ..... E-mail : .....

Organisme

Sigle : ..... Intitulé : .....

Adresse : Précisez s'il s'agit de : ❏ l'adresse de l'organisme ❏ votre adresse personnelle

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Fax : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

E-mail de l'organisme .....

Les informations ci-dessus sont destinées au seul usage de la FNARS : le signataire autorise leur traitement automatisé. Conformément à la loi "Informatiques et libertés", vous disposez du droit d'accès et de rectification auprès de la FNARS.

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE RÉINSERTION SOCIALE
76 rue du Faubourg-Saint-Denis – 75010 Paris – fnars@fnars.org – http://www.fnars.org
TÉL.: 01 48 01 82 00 - fax : 01 47 70 27 02

FNARS
agir pour la solidarité

« LES PERSONNES QUI NOUS SAISISSENT SONT AU BOUT DU ROULEAU CAR CELLES QUI SE TOURNENT VERS NOUS SONT LES PLUS PRÉCAIRES. »

DOMINIQUE BAUDIS

Dominique Baudis est Défenseur des droits depuis le 22 juin 2011. Il est la première personne à exercer cette fonction, pour un mandat de six ans, non renouvelable et non révocable. Autorité constitutionnelle indépendante, cette institution est chargée de veiller à la protection des droits et des libertés des personnes vivant en France et de promouvoir l'égalité.

De quels moyens disposez-vous pour exercer cette mission ?

Le Défenseur des droits est une autorité administrative constitutionnelle qui a quatre missions : les relations entre les citoyens et les services publics, la défense des enfants, la déontologie des services de sécurité et la lutte contre les discriminations. Le regroupement du Médiateur de la République, de la Commission nationale de déontologie de la sécurité, du Défenseur des enfants et de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité en une seule et même autorité nous donne plus de pouvoir juridique avec un alignement par le haut. Désormais, chacun peut saisir le Défenseur, quels que soient son âge et sa nationalité. La saisine est directe et gratuite et peut se faire de façon informelle par courrier ou en allant voir l'un de nos 450 délégués territoriaux bénévoles. Les personnes se plaignent de la déshumanisation de l'administration qui fonctionne de plus en plus par téléphone ou Internet. Elles doivent savoir que ces bénévoles les reçoivent dans 650 points d'accueil pour répondre à leurs questions et les aider dans leurs démarches d'accès aux droits.

J'ai deux manières d'exercer mes missions. Par les saisines, tout d'abord, quand il s'agit de la protection des personnes avec une instruction approfondie de leur dossier. Dans ce cadre, nous pouvons aller en justice, auprès de toutes les juridictions, mener des enquêtes et procéder à des vérifications. Lorsque les pouvoirs publics ne réagissent pas, nous avons également un pouvoir d'injonction. En 2012, nous avons reçu 100 000 saisines. La deuxième manière, via des recommandations, nous permet d'intervenir en amont des dysfonctionnements et de réformer la société. Nous recommandons alors au Parlement ou au Gouvernement de modifier une loi ou une façon d'agir. Nous avons été entendus une vingtaine de fois par le Parlement en 2013.

Vous êtes entre les citoyens et la société. Mesurez-vous la hausse d'exclusion sociale dans les saisines que vous recevez ?

On sent bien les effets de la crise et de la précarisation. Une personne sur cinq avec un compte en banque termine le mois dans le rouge et 20 % des enfants vivent sous le seuil de pauvreté. Les personnes qui nous saisissent sont au bout du rouleau car celles qui se tournent vers nous sont les plus précaires. On sent au ton des saisines qu'elles sont de plus en plus désespérées et exaspérées par l'inertie de l'administration et la multiplication des interlocuteurs. Nous recevons beaucoup de saisines sur l'accès aux droits mais également sur l'inconditionnalité de l'accueil en structure d'hébergement à partir desquelles nous avons écrit à la ministre du Logement lui rappelant ce principe dans la perspective de la loi ALUR.

De plus en plus de personnes ne demandent plus à bénéficier de leurs droits. Comment entendez-vous lutter contre le non-recours ?

Nous travaillons sur le sujet avec les associations et nous avons organisé un colloque sur l'accès aux droits à l'Assemblée nationale le 2 décembre dernier, en collaboration avec le laboratoire de l'université de Grenoble qui travaille sur ces questions. Une fois reconnus par le législateur, commence un long combat pour que les personnes bénéficient effectivement de ces droits. Près de la moitié des personnes, qui pourraient en bénéficier, ne demandent pas la CMU, par exemple, soit par manque d'informations soit parce qu'elles baissent les bras devant la complexité et l'opacité des démarches et de l'environnement juridique.

Sur la santé publique, et plus particulièrement sur le refus de soins et l'accès aux soins, nous devons rendre un rapport au Premier ministre à la fin du mois de janvier. Il contient nos préconisations et notamment une demande de simplification des démarches et nous allons suivre le projet de loi sur la santé publique, pas à pas, pour voir s'il les intègre. Tous les semestres, nous faisons le point avec le milieu associatif sur ces sujets. En général, la plupart de nos préconisations sont reprises et en 2012, nous avons été auditionnés 12 fois pour la préparation de textes.

Vous avez pris la parole, à l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère, sur la discrimination liée à la précarité sociale. Allons-nous vers la reconnaissance d'un vingtième critère de discrimination ?

Ce n'est pas au défenseur de déterminer ces critères mais au législateur, même si nous sommes bien conscients de la problématique de l'inégalité sociale. Nous l'avons d'ailleurs évoqué avec les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat à l'automne, et ils auront à travailler sur la question, même si elle n'a pas fait l'objet d'une recommandation.

Nous constatons manifestement une augmentation des saisines sur la base de la précarité sociale. La grande précarité sociale est multifactorielle. Si la précarité devenait un critère, on rendrait visible le fait que l'exclusion sociale est attentatoire à l'accès aux droits.

Propos recueillis par Céline Figuière

+ Plus d'informations sur :
http://www.defenseursdesdroits.fr