

**ENQUÊTE :**  
**Les centres d'hébergements**  
**en Ile-de-France**

**Novembre 2009**

*La FNARS tient à remercier l'ensemble des centres d'hébergement – qu'ils soient CHU, CHR, centre stabilisation ou autres – d'avoir participé à l'enquête.*

## Sommaire

<b>I.</b>	<b>Contexte du secteur de l'hébergement</b> .....	<b>3</b>
1)	Aller vers une logique de « logement d'abord ».....	5
2)	Normaliser la participation financière des usagers : la rendre obligatoire et établir un barème de tarification .....	6
3)	Développer les politiques coercitives : implication de l'armée, forcer les sans-domicile à être hébergés.....	8
4)	Rationaliser l'offre d'hébergement proposée.....	9
5)	Accroître la décentralisation des politiques publiques envers les sans-abris.....	9
6)	Fixer des objectifs quantitatifs de réduction du sans-abrisme avec évaluation des politiques mises en œuvre .....	10
7)	Appliquer les principes de continuité et d'inconditionnalité .....	11
8)	Moderniser/humaniser les établissements d'accueil .....	14
<b>II.</b>	<b>Les dispositifs d'hébergement</b> .....	<b>16</b>
1)	Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.....	16
2)	Les centres d'hébergement d'urgence.....	17
3)	Les centres d'hébergement de stabilisation .....	19
<b>III.</b>	<b>Étude des centres d'hébergement franciliens</b> .....	<b>21</b>
1)	Informations générales sur les centres d'hébergement franciliens .....	22
2)	Accueil et conditions d'admissions des personnes .....	27
3)	Horaires et prestations.....	32
4)	Configuration des locaux .....	36
5)	Travaux d'humanisation .....	40
6)	Le personnel.....	44
7)	Le partenariat .....	48
8)	L'accès au logement.....	52
<b>IV.</b>	<b>Synthèse de l'enquête</b> .....	<b>58</b>
	Index des abréviations.....	59

## **I. Contexte du secteur de l'hébergement**

L'épisode du Canal Saint-Martin, porté par les Enfants de Don Quichotte lors de l'hiver 2006-2007, fut un déclencheur d'une restructuration progressive du secteur de l'hébergement en France. Cet événement médiatique, mettant sur le devant de la scène publique la question du sans-abrisme, a amorcé toute une série de lois, rapports et autres groupes de travail visant à moderniser la politique d'hébergement.

En janvier 2007, est annoncé par le gouvernement, en réponse au sans-abrisme et au mal-logement, le « Plan d'Action Renforcé en direction des Personnes Sans-Abri » (PARSA) qui définit un dispositif composé à la fois de transformation de places d'hébergement existantes et de solutions nouvelles d'hébergement et de logements. Il pose le principe que *« toute personne accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence devra se voir proposer, en fonction de sa situation, une solution pérenne, adaptée et accompagnée si nécessaire, dans le parc public social, dans le parc privé conventionné, dans un CHRS, un CADA, un LogiRelais, une maison relais ou un hébergement de stabilisation »*. Le PARSA intégrait un projet de loi sur le droit au logement opposable (DALO) qui se concrétisa le 5 mars 2007. L'article 4 de cette loi réaffirme la volonté que *« toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée »*. Cette orientation doit normalement mener vers un centre d'hébergement stable ou vers un logement adapté à la situation de l'utilisateur. Cet article définit ainsi le « principe de continuité », qui s'oppose à la logique de remise à la rue de l'utilisateur.

La continuité, revendiquée par le milieu associatif, exprime un accompagnement « continu » de la personne afin d'éviter les périodes de ruptures dans le processus d'insertion. Malheureusement, cette détermination politique inscrite dans les textes ne se matérialise pas toujours dans les faits. Les causes expliquant le dysfonctionnement du système de prise en charge sont multiples : insuffisance de logements et de places d'hébergements ; manque de personnel dans les centres, défaut de coordination entre les acteurs, etc.

En conséquence, même si le principe de continuité est un progrès conceptuel, il ne peut être envisagé qu'à la condition d'un accroissement des moyens humains, matériels et financiers qui soit à la mesure des besoins du secteur. Dans le cas contraire, cela ne peut qu'amener à l'engorgement des centres d'hébergement en laissant à la rue de nombreux individus n'ayant pas eu de réponse à leur demande.

La conférence de consensus du 29 et 30 novembre 2007 organisée par la Fnars, le rapport d'Étienne Pinte sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal-logées (juin 2008), le rapport Damon sur les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union

Européenne (avril 2009), la mise en œuvre du GOCHU (Groupe Opérationnel de Coordination de l'Hébergement d'Urgence en Ile-de-France) en novembre 2008, le lancement du Chantier National Prioritaire 2008-2012, ainsi que la nomination du préfet délégué général Alain Régnier sont des éléments marquant une accélération dans la réforme à venir du secteur de l'hébergement. Ce dernier subit de plein fouet l'insuffisance de logements, la saturation des centres d'hébergement, ainsi que la situation économique actuelle ; la crise ne faisant qu'accroître les problèmes déjà rencontrés (accentuation de la précarité et de l'exclusion, réduction du montant des financements...). Les difficultés du milieu de l'hébergement sont à la fois structurelles (insuffisance du parc locatif) et conjoncturelles (crise économique).

Les différents rapports et comptes-rendus des groupes de réflexion sus-mentionnés mettent en avant les limites des dispositifs d'hébergement et d'accompagnement des sans-domicile qui ne parviennent pas à conduire vers des solutions pérennes de logement. Le document de cadrage de juin 2009 « pour les personnes sans-abri ou mal logées »<sup>1</sup> évoque un système de prise en charge « à bout de souffle » étant « éclaté, non régulé [et] insuffisamment orienté vers l'accès au logement ». En réponse à ce constat, des propositions sont faites afin de refonder le système de l'hébergement.

La Fnars, si elle reconnaît la nécessité de réformer le secteur, n'accepte pas l'intégralité des idées et propositions avancées. Les transformations doivent être abordées comme de véritables avancées au service des usagers (pour leur parcours d'insertion, ou tout simplement pour leur mieux-être) et non comme un recul historique dans le traitement du sans-abrisme (méthode répressive et criminalisation des SDF).

Les différents documents évoqués précédemment mettent généralement l'accent sur une série de propositions :

- Logique du « logement d'abord »
- Normalisation de la participation financière des usagers
- Politiques coercitives
- Rationalisation de l'offre d'hébergement
- Développement de la coordination entre les acteurs
- Décentralisation des politiques publiques envers les sans-abri
- Objectifs quantitatifs de réduction du sans-abrisme avec évaluations des politiques mises en œuvre
- Principe de continuité et d'inconditionnalité
- Humanisation des établissements d'accueil / Professionnalisation et formation du personnel des centres d'hébergement

---

<sup>1</sup> Document cadre « Pour une modernisation de la politique d'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal-logées » de juin 2009 issu du Chantier National Prioritaire 2009-2012

## 1) Aller vers une logique de « logement d'abord »

La logique de « logement d'abord » est de plus en plus reprise dans les documents officiels<sup>2</sup> comme piste de modernisation de la politique d'hébergement. Le principe est une transposition du modèle anglo-saxon d'« housing first » mis en œuvre par le gouvernement britannique. Le concept met l'accent sur le retour au logement ordinaire en réduisant au maximum la durée d'hébergement dans les centres. L'hébergement doit rester, dans cette logique, une situation très temporaire, car dans la durée, il produit sur l'usager des effets néfastes tels que la perte d'autonomie ou le découragement dans l'insertion.

Le dispositif d'« housing first » se matérialise pour les sans-abri britanniques par un accès prioritaire aux logements sociaux, conjugué à la suppression du « bed and breakfast » (lit et petit-déjeuner), les incitant en conséquence à ne pas s'éterniser dans les centres d'hébergement.

La logique de « logement d'abord » est à mettre en corrélation avec la loi DALO<sup>3</sup> du 5 mars 2007, dans laquelle l'Etat garanti le droit au logement. En effet, les deux principes vont dans le sens d'un accès prioritaire au logement pour les personnes sans domicile.

Les différents textes institutionnels prônent de plus en plus cette logique de « logement d'abord » afin de réduire la durée de l'hébergement des personnes étant en quête de logement ordinaire. Pour aller dans ce sens, la participation financière des usagers en centre d'hébergement et la recherche de mobilité vers le logement sont des objectifs établis.

La Fnars pose en préalable la nécessaire compréhension de la notion de « chez-soi » : le logement autonome et individuel est-il réellement une solution, un désir, une possibilité à court terme pour tous les individus ? Il semble plus sensé de travailler le concept de « chez-soi » comme un lieu à soi où chacun pourrait se poser, se reposer et ainsi se projeter plus sereinement dans l'avenir. L'important est que chaque individu dispose d'un « chez-soi » en adéquation avec ses propres désirs.

De plus, même si la logique de « logement d'abord » semble efficace dans certains pays européens, ce n'est pas pour autant qu'elle demeure la solution unique à adopter en France. Il ne suffit pas de transposer les modèles fonctionnant ailleurs, car chaque pays a ses propres représentations du logement et de l'hébergement découlant de leurs composantes historiques, sociologiques et culturelles. Le concept de « logement d'abord » ne peut être pensé que pour une partie du public : celui qui est prêt à emménager immédiatement dans un logement, car disposant d'un travail ou n'ayant pas besoin d'accompagnement social particulier, mais subissant l'absence de logement à bas prix.

---

<sup>2</sup> Rapport Damon, Document cadre « pour une modernisation de la politique d'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal-logées »

<sup>3</sup> Droit au logement opposable

Le « logement d'abord » interroge *de facto* sur la nécessaire construction de logements sociaux adaptés, ou tout simplement de logements ordinaires, afin de fluidifier le milieu de l'hébergement. La pénurie de logements, et notamment de logements très sociaux, est l'une des causes centrales de l'engorgement des centres d'hébergement, qui conduit à scléroser la circulation entre l'hébergement et le logement. Cela renvoie à la théorie de « l'escalier suédois » d'Ingrid Sahlin (2005) qui montre la multiplication des étapes (des « marches ») entre le passage de la rue au logement de droit commun. Cela a engendré un marché de l'hébergement et un sous-marché du logement avant le marché du logement de droit commun. L'accroissement des offres conduit à maintenir les usagers dans une perpétuelle fuite en avant où l'accès à la normalité du logement est une quête sans fin.

## **2) Normaliser la participation financière des usagers : la rendre obligatoire et établir un barème de tarification**

La normalisation de la participation financière des usagers des centres d'hébergement est devenue un point central dans les nouvelles réglementations du secteur. Ainsi, dans le document cadre sur la modernisation des politiques d'hébergement, est inscrite la volonté de « rendre obligatoire la participation financière des usagers des structures de réinsertion et de stabilisation ». Le rapport Damon parle d'une « logique de mise à plat et de contributions égales demandées à situations égales ».

En Ile-de-France, plus de 40 % des centres d'hébergement (CHU, CHS, CHRS) font participer financièrement leurs usagers<sup>4</sup>. La participation financière au sein des CHRS est d'ailleurs réglementée par arrêté préfectoral en application des articles L. 345-1, 3<sup>ème</sup> alinéa et R. 345-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Mais, on ne peut avoir les mêmes exigences auprès d'un public parfois très hétérogène. Ainsi, les personnes hébergées en CHU ou en CHS sont dans des situations de plus grande précarité que ceux en CHRS. En outre, une part des usagers de CHU ne bénéficie pas des minima sociaux auxquels ils ont droit. L'ouverture ou la réactivation de leurs droits peut être très compliqué, en raison de la perte de documents administratifs par exemple.

L'un des arguments avancés en faveur de la participation financière dans les centres de réinsertion et de stabilisation est l'impact positif sur la mobilité des individus, permettant d'éviter que les situations d'hébergement se pérennisent : « Les règles de participation financière des personnes hébergées doivent à la fois éviter toute sélection par les ressources et ne pas, par un taux d'effort trop faible, dissuader les ménages d'accéder au logement dès lors qu'une proposition conforme à leurs besoins leur sera faite »<sup>5</sup>. Le paiement de l'hébergement par les usagers révèle une contradiction : faut-il faire payer les individus hébergés pour favoriser leur mobilité, au risque d'introduire une

<sup>4</sup> Selon l'enquête réalisée par la Fnars IDF auprès des centres d'hébergement en Ile-de-France

<sup>5</sup> Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement

sélection à l'entrée par les ressources pour les personnes en grande exclusion ? Ce type de système pourrait introduire une inégalité entre les sans-domicile : ceux ayant les moyens d'être hébergés (minima sociaux ou activité rémunérée) et les autres (grands exclus, sans ressource).

Le fait de rendre obligatoire la participation pécuniaire répond également à une inquiétude d'un certain nombre de travailleurs sociaux<sup>6</sup> qui redoutent que les centres d'hébergement se transforment en « chez-soi » où les usagers n'auraient plus envie d'aller vers le logement. C'est la question du confort qui se pose ici : trop de confort est-il néfaste dans la recherche de logement, ou au contraire, cela est-il un moyen pour la personne de se poser et de se reposer afin de pouvoir de nouveau se projeter dans l'avenir ? N'est-il pas nécessaire de ménager un « espace de frustration » comme élément incitateur d'une solution vers un autre « chez-soi » ? Il est indispensable d'avoir une réflexion sur cette notion du « chez-soi » avant de repenser les dispositifs d'hébergement.

L'autre intérêt de cette réforme est tout simplement financier : c'est une solution pour les centres de s'autofinancer partiellement. Ces ressources nouvelles pourraient permettre ainsi aux pouvoirs publics de réduire leur part dans le financement des centres.

La normalisation du coût de la place pour l'utilisateur semble répondre à un triple critère. La contribution financière doit être :

- en corrélation avec les services proposés ;
- être homogène d'un centre à l'autre ;
- proportionnelle et adaptée aux revenus de chacun.

---

<sup>6</sup> Dans le cadre d'ateliers de réflexion lors de la journée de l'inconditionnalité et principe de continuité du 4 juin 2009

### 3) Développer les politiques coercitives : implication de l'armée, forcer les sans-domicile à être hébergés

Le 25 novembre 2008, Christine Boutin propose – en écho au discours de campagne de Nicolas Sarkozy du 18 décembre 2006 que plus personne ne soit obligé de dormir sur le trottoir d'ici à deux ans s'il est élu président de la République – une réflexion sur un hébergement obligatoire des SDF en dessous d'un seuil de température atmosphérique. Des propos qui vont provoquer un véritable tollé au niveau politique et public. Certains y ont vu un retour aux pratiques coercitives des décennies passées interdisant aux sans-abri le droit à la mendicité et le droit de rester dans la rue. Cette polémique a néanmoins permis de réactiver la réflexion sur les solutions à proposer et les conditions d'hébergement dans les CHU.

Le document-cadre du Chantier National Prioritaire<sup>7</sup> cite en exemple certains pays européens tels que la Grande-Bretagne, comme nation ayant réussi à diminuer significativement le nombre de sans-domicile par des politiques d'accès au logement (logique d'« housing first »), mais aussi par des méthodes contraignantes de « répression de l'errance et de la mendicité ». Ainsi, comme méthode de réduction du sans-abrisme, sont érigées en modèle les politiques coercitives employées en Europe.

Le rapport de Julien Damon<sup>8</sup> se fonde sur les pratiques parfois très volontaristes du Royaume-Uni, de l'Allemagne et des Pays-Bas afin d'instaurer des « objectifs quantifiés de réduction et d'extinction du sans-abrisme ». Ces objectifs ne pourront être atteints, selon lui, que par des politiques forcément contraignantes envers les SDF. En Grande-Bretagne par exemple, la mendicité et la consommation d'alcool dans les lieux publics sont fortement contraintes, voir interdites. Les forces de l'ordre sont également présentes pour empêcher les personnes de dormir dans la rue.

L'aspect répressif est accentué par une autre proposition du rapport Damon qui est l'implication de l'armée lors des plans-hiver dans l'organisation et la gestion des dispositifs d'hébergement. Le fait de vouloir incorporer des militaires dans le secteur illustre l'approche « par la force » que l'on souhaite adjoindre aux méthodes de prise en charge des sans-abri. La mission de l'armée est avant tout d'assurer la sécurité de l'État et la protection du peuple face à un danger, et non de réprimer une frange de la population. Les SDF – que sont les jeunes en errance, les « clochards » ou les immigrés clandestins - sont ainsi considérés comme une menace pour la société, à laquelle il faudrait apporter une réponse sécuritaire et répressive.

Face à de telles propositions, la Fnars ne peut que s'insurger. La « modernisation » des politiques publiques envers les sans-abris ne doit pas passer par une régression dans les méthodes de traitement du problème. Les propositions coercitives et d'incorporation de l'armée dans le dispositif sont en totale contradiction avec les concepts d'humanisation, de continuité et d'inconditionnalité.

---

<sup>7</sup> Document cadre « Pour une modernisation de la politique d'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal-logées » de juin 2009 issu du Chantier National Prioritaire 2009-2012

<sup>8</sup> Rapport de Julien Damon sur les politiques de prise en charge de sans-abri dans l'UE (avril 2009)

#### **4) Rationaliser l'offre d'hébergement proposée**

L'offre d'hébergement en France est très segmentée : CHU, CHRS, centre de stabilisation, hébergement en hôtel, ALT, Logisrelais, maison relais... Cette diversification de l'offre rend le secteur peu lisible pour les usagers et les financeurs (essentiellement les pouvoirs publics). Pour simplifier le fonctionnement et la hiérarchisation de l'hébergement, émerge l'éventualité d'une offre segmentée en 3 paliers : Urgence (CHU) - Insertion (CHRS) - Logement alternatif (maison-relais). Toutefois, le redécoupage des établissements d'hébergement doit également s'accompagner d'une clarification des modes de financement (subvention annuelle/dotation globale de fonctionnement).

Outre l'aspect de rationalisation du secteur, l'adéquation entre l'offre (des centres) et la demande (des usagers) est un objectif fixé. Bien souvent les places d'hébergement proposées (chambres collectives) sont inadaptées aux besoins des personnes.

Il y a une certaine contradiction entre, d'un côté, la volonté de rationaliser l'offre d'hébergement en simplifiant les différentes étapes vers le logement de droit commun, et de l'autre, une offre plus en phase avec les besoins des usagers. En réponse à ce dualisme, il est nécessaire d'établir davantage de souplesse dans les règles de fonctionnement des centres d'hébergement. De plus, cela ne peut s'effectuer que dans le cadre d'une concertation des PDALPD<sup>9</sup> afin de suivre l'évolution des publics.

Face à la multiplication des dispositifs d'hébergement et à la complexification des modes de financement des établissements d'accueil, la Fnars propose l'instauration d'un statut unique pour l'ensemble des centres d'hébergement. Cette évolution majeure permettrait de normaliser, pérenniser et sécuriser les actions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs du secteur.

#### **5) Accroître la décentralisation des politiques publiques envers les sans-abri**

Le rapport Damon propose une décentralisation de la politique de prise en charge des sans-abri afin de suivre la logique amorcée depuis les années 80. L'ambition est de rendre responsable les départements, voir les villes de l'offre et des résultats. C'est un moyen pour l'État de se désengager de la responsabilité du sans-abrisme en renvoyant aux collectivités locales la tâche de la réduction/extinction de la problématique sans-domicile.

La proposition se fonde sur ce qui est pratiqué à l'étranger, notamment au Royaume-Uni ou en Allemagne où les politiques de prise en charge sont très décentralisées. Ainsi, en Allemagne les Länder n'ont pas forcément des objectifs communs dans le traitement. En Grande-Bretagne, même si

---

<sup>9</sup> Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées

les objectifs et l'évaluation se font au niveau national, l'application et la gestion se font régionalement. Chaque ville a sa propre politique de prise en charge, dont Londres est l'exemple le plus probant. Julien Damon propose d'établir, dans cette logique de décentralisation, des stratégies territorialement adaptées en réponse à une stratégie nationale par objectif. La notion d'« objectif » renvoie bien évidemment à la logique de la LOLF<sup>10</sup>.

La décentralisation pose le problème de l'équité entre les territoires. Comment décentraliser les dispositifs d'hébergement alors que les régions et les départements sont inégalement dotés en moyens financiers et différemment concernés par le sans-abrisme ?

En outre, des stratégies territorialisées – et donc différenciées – pourraient conduire à des appels d'air entre les villes et entre les départements ; les usagers pourraient alors aller là où les offres d'hébergement sont disponibles.

On voit déjà apparaître les prémises de cette décentralisation dans le financement des centres d'hébergement : un CHRS de Seine-et-Marne a vu sa dotation globale de fonctionnement diminuée en raison du public accueilli – femmes enceintes ou avec enfants de moins de trois ans – qui relève normalement du Conseil Général. Cet exemple atteste la volonté de l'État de se désengager financièrement de la prise en charge des publics ne relevant pas directement de sa compétence. La Fnars réaffirme que la décentralisation ne peut être menée que de manière concertée entre l'État et les collectivités territoriales.

## **6) Fixer des objectifs quantitatifs de réduction du sans-abrisme avec évaluation des politiques mises en œuvre**

Le secteur du social et de la solidarité est de plus en plus concerné par la logique de résultat mise en place par la LOLF. En témoigne la mission « Solidarité et Intégration » où au sein du programme « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables », trois actions concernent directement le secteur de l'hébergement :

- l'action « Renforcer l'accès aux droits des publics les plus défavorisés par un meilleur accès aux dispositifs d'accueil et d'information »
- l'action « Accroître l'insertion des personnes les plus défavorisées relevant d'un dispositif d'accompagnement social adapté : insertion sociale, insertion professionnelle, sortie vers le logement »
- l'action « Améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de services pour les personnes les plus vulnérables »

---

<sup>10</sup> Loi organique relative aux lois de finances

L'objectif « Améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de services pour les personnes les plus vulnérables » comprend quatre sous-objectifs : faire de l'accueil téléphonique la première étape de l'entrée dans un parcours vers l'hébergement puis l'insertion ; développer le dispositif maisons-relais ; réduire le recours à l'hébergement en hôtel des personnes sans-domicile au profit des dispositifs classiques d'hébergement (CHU, CHRS) ; réaliser un « juste » coût pour des places et des prestations en hébergement.

Au cours des dernières années, les nuitées d'hôtels se sont multipliées en raison du constat d'un manque de places adaptées dans les centres. Le problème est que cette solution représente un coût très important pour les pouvoirs publics et qui, de surcroît, ne permet pas de réaliser un véritable accompagnement social auprès des bénéficiaires de ce type d'hébergement. En conséquence, l'objectif affiché par l'État – à travers les déclarations de Alain Régnier, Préfet délégué général à la coordination de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri – est de réduire significativement l'emploi de nuitées d'hôtel en développant une meilleure coordination de l'offre disponible (afin d'avoir le moins de places inoccupées) tout en créant de nouvelles places d'hébergement.

Le dernier indicateur « Résorption des écarts de coûts par place et par type de prestation en CHRS » annonce clairement la volonté d'établir un juste prix de la place d'hébergement, qu'elle soit d'urgence ou d'insertion. En somme, une normalisation de la place d'hébergement et des prestations sociales délivrées dans les établissements d'accueil. L'uniformisation des places pourrait avoir pour conséquence de lisser la diversité des structures, alors que l'humanisation tend justement à proposer le contraire en offrant des services en phase avec les besoins des usagers.

Dans le document cadre sur la modernisation des politiques d'hébergement, il est préconisé de rentrer dans « une culture du résultat » par opposition à la logique de moyens qui régit encore le secteur actuellement. La logique de résultat impose d'établir des objectifs quantifiés et des critères d'évaluation. Julien Damon évoque dans son rapport de faire évoluer le secteur de l'hébergement vers une « *logique de service public* » par un système moderne de délégation et d'évaluation des opérateurs sur des objectifs de résultats. Apparaît ici en filigrane la logique introduite par la LOLF avec la recherche d'objectif quantifié (logique de résultat chiffré) dans la réduction du sans-abrisme.

## **7) Appliquer les principes de continuité et d'inconditionnalité**

Comme cela a déjà été dit en introduction, le principe de continuité, souhaité par le tissu associatif, est l'une des avancées apportées par la loi DALO du 5 mars 2007 où l'article 4 reconnaît à tout individu le droit de demeurer dans un centre d'hébergement tant qu'il le souhaite jusqu'à ce qu'une orientation stable et adaptée lui soit offerte. Le principe implique différents éléments : la sortie

de la logique de « durée maximale de séjour » dans les structures d'hébergement et la mise en œuvre systématique et régulière d'un entretien d'évaluation et d'orientation avec l'utilisateur<sup>11</sup>.

Les professionnels du secteur reconnaissent les avancées permises par l'application de ce principe, notamment pour des personnes très désocialisées qui ont eu l'opportunité de s'installer dans la durée afin d'envisager plus sereinement une démarche d'insertion. Des progrès au niveau de l'accompagnement social ont ainsi eu lieu, en particulier dans les CHU. Ces derniers, du fait de leur mode de fonctionnement (turn-over important, remise à la rue le matin...), ne permettaient pas de développer l'intervention pluridisciplinaire auprès des usagers. Maintenant, à travers cette continuité dans le suivi, il est plus facile d'établir une véritable assise dans l'insertion ou la réinsertion auprès des personnes, permettant ainsi de rompre plus aisément avec le rythme de la vie à la rue.

Néanmoins, le principe de continuité a, depuis 2007, entraîné des effets pervers dus à une insuffisance du nombre de places d'hébergement qui a impacté la fluidité du dispositif. Effectivement, en l'absence de possibilité de logement/hébergement adapté à la personne, la suppression de la durée maximale de séjour a conduit à la baisse de la rotation des usagers au sein des établissements d'hébergement et à une saturation progressive du dispositif. En conséquence, le nombre de places d'urgence disponibles décroît mécaniquement. Cette situation est amplifiée par la transformation de centres d'hébergement d'urgence en centres de stabilisation qui réduit encore davantage le nombre de places d'urgences.

Le principe de continuité ne pourra être un concept efficace que s'il est accompagné par des moyens nécessaires (construction de logements, d'hébergements) permettant de répondre aux problématiques des personnes. Dans le cas contraire, la continuité dans l'hébergement ne fera qu'augmenter la situation d'encombrement aux différents paliers de l'hébergement.

La circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement a réaffirmé le principe pour les CHU avec la nécessité d'instaurer un « *accompagnement renforcé et assuré dans la continuité* », un hébergement H24 et l'adaptation des exigences des règlements intérieurs des centres.

La modernisation du secteur de l'hébergement doit également intégrer le principe d'inconditionnalité : l'admission dans les centres d'hébergement doit être exempt de critères visant à exclure un type de public (tel que l'âge ou la régularité du séjour sur le territoire français). La question de l'inconditionnalité est fondamentale pour la spécificité de la prise en charge des migrants déboutés du droit d'asile qui ne relèvent plus des dispositifs de l'immigration et de l'asile.

Le principe d'accueil immédiat et inconditionnel a encore été rappelé dans la circulaire du 5 mars 2009 et au sein des groupes de travail menés dans le cadre du Chantier National Prioritaire.

---

<sup>11</sup> Circulaire du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri.

Il est indispensable afin de sortir de la segmentation et de la catégorisation de mettre ce principe comme une norme au sein du secteur. L'objectif premier des dispositifs est en effet d'aider les personnes en situation d'exclusion, et non de les exclure davantage en leur renvoyant leurs carences. L'accueil dans un centre doit être accessible à n'importe quel individu souhaitant être hébergé.

Les règles de participation financière des usagers peuvent constituer une barrière à l'entrée pour un certain nombre de sans-abri ne disposant pas des ressources nécessaires. Cependant, la normalisation de la participation financière des hébergés risque de d'instaurer une sélection des individus par des moyens financiers. Ainsi, les grands exclus n'auraient pas/plus la possibilité d'intégrer un centre.

Toutefois, l'application du principe d'inconditionnalité associé à celui de continuité n'est pas forcément réaliste au sein d'une même structure. En effet, plusieurs personnes ayant des troubles psychiatriques importants peuvent mettre en danger les autres résidents. C'est pourquoi les directeurs de centre doivent veiller à l'équilibre entre les types de population présents, et pour ce faire, il est parfois nécessaire de « sélectionner ».

Afin d'éviter que ce mécanisme laisse à la rue une fraction du public, la Fnars IdF invite à ce que les notions d'inconditionnalité et de continuité soient réfléchies pour un groupe de structures et non pas porté par un seul établissement.

## 8) Moderniser/humaniser les établissements d'accueil

En 2008, des crédits importants ont été dégagés afin de moderniser les structures de l'hébergement. Les transformations des locaux sont réalisées en vue « *d'assurer le respect de la dignité, l'intimité et la sécurité des personnes accueillies* » en liant intimement le projet d'établissement au projet social<sup>12</sup>. L'ensemble de ces travaux va dans le sens d'une « humanisation » de l'hébergement pour les usagers. À l'heure actuelle, de nombreux établissements proposent des dortoirs en guise d'hébergement, avec des sanitaires et salles de bains désuets et collectifs. Ces conditions d'accueil sont inadéquates au regard des besoins et des attentes d'un public dont les caractéristiques ont profondément évolué au cours des dernières années. Un consensus apparaît sur la nécessité de créer de petites structures, de 20 à 40 places maximum.

La conférence de consensus a mis en avant la nécessité de créer un plan de modernisation du parc d'hébergement. En conséquence, 110 millions d'euros ont été dégagés afin de permettre de faire évoluer en profondeur le bâti<sup>13</sup>. Il faut sortir de cette logique d'hébergement-dortoir qui a pu être instituée au cours des décennies passées.

Au sein de l'annexe II de la circulaire du 5 mars 2009 précisant la modernisation des centres d'hébergement, des normes suivantes sont édictées :

- concernant le nombre de personnes par chambre, le principe doit être la chambre individuelle, ou double pour les couples, et l'unité de vie pour les familles. La chambre pour deux n'est possible que sur dérogation ;
- pour la réhabilitation de locaux d'hébergement existants, la taille des chambres est fixée à 9m<sup>2</sup> au minimum pour une personne ou 12m<sup>2</sup> pour deux personnes ;
- pour la création de locaux d'hébergement, la norme est fixée 12m<sup>2</sup> au minimum pour une personne ou 18 m<sup>2</sup> pour deux personnes, sauf dérogation ;
- obligation d'accessibilité des structures aux personnes handicapées ;
- la délocalisation ou la division de grandes structures en petites unités à taille plus humaine (30 à 50 personnes maximum), est recommandée ;
- la création de nouvelles structures de plus de 50 places ne sera autorisée que sur dérogation ;
- l'accueil de personnes accompagnées d'animaux est à prévoir autant que possible, avec par exemple la création de chenil extérieur.

---

<sup>12</sup> Circulaire du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri.

<sup>13</sup> 80 millions d'euros inscrits dans le plan de relance au titre de la modernisation du dispositif d'hébergement, qui s'ajoutent aux 30 millions d'euros déjà inscrits au budget 2009.

L'humanisation des centres comprend la nécessaire réflexion sur l'articulation de l'espace collectif avec les espaces individuels. Il est apparu lors d'une journée de réflexion organisée par la Fnars IDF<sup>14</sup> que plus la personne dispose d'intimité, plus il est aisé de développer du projet collectif avec celle-ci. Toutefois, le collectif ne doit pas être vécu comme une contrainte par les usagers. Afin d'articuler au mieux les projets collectifs et individuels, il est nécessaire de penser parallèlement le projet d'établissement et le projet architectural de la structure.

La modernisation des structures pose le problème du choix entre l'amélioration des conditions d'hébergement et la diminution des capacités d'accueil qui en découle. En effet, la transformation de dortoirs en chambres individuelles ou collectives débouche sur une perte du nombre de places dans les établissements. L'ouverture de nouveaux centres<sup>15</sup> ne vient pas compenser totalement les pertes enregistrées par la modernisation des établissements existants. Que faire des personnes ne pouvant être accueillies ? La mise en œuvre d'un chantier qualitatif – l'humanisation des locaux d'hébergement – doit être alliée à des mesures quantitatives – un accroissement des capacités d'hébergement – pour permettre à chaque individu d'être accueilli dans un centre et dans les meilleures conditions qu'ils soient.

---

<sup>14</sup> Journée Thématique Régionale de l'inconditionnalité et du principe de continuité du 4 juin 2009

<sup>15</sup> « Création en 2009 de 1000 nouvelles places d'hébergement : 100 d'urgence, 100 de stabilisation et 800 d'insertion CHRS », Circulaire du 5 mars 2009

## **II. Les dispositifs d'hébergement**

L'étude réalisée par la Fnars IDF s'est concentrée sur les centres d'hébergement que l'on peut hiérarchiser en trois niveaux : Urgence – Stabilisation - Insertion.

### **1) Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale**

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont été créés au milieu des années 70, par la loi du 30 juin 1975, sous l'appellation de « centres d'hébergement de réadaptation sociale ». Ces centres sont financés par les pouvoirs publics et permettent l'accueil des sans-domicile. Ce sont des établissements sociaux relevant du Code de l'action sociale et des familles, habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. Au sein de chaque CHRS, une convention vient préciser le type d'individu accueilli, ainsi que la nature des actions conduites en leur faveur.

Les personnes ou les familles qui connaissent de graves difficultés – notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion – bénéficient à leur demande de l'aide sociale pour être accueillies dans des CHRS en vue de les aider à accéder ou à retrouver leur autonomie personnelle et sociale<sup>16</sup>. L'action socio-éducative auprès des usagers est doublée d'un « projet d'insertion » qui est une prise en charge individualisée et globale. Pour aider les personnes à accéder au droit à retrouver leur autonomie, les CHRS disposent d'une équipe de travailleurs sociaux.

Le public pris en charge peut être très divers : de la personne isolée à la famille. Cependant, les usagers ont en commun de graves problèmes sur le plan économique et social. De plus, certains centres sont spécialisés dans l'accueil de publics spécifiques du type femmes victimes de violences.

Les personnes accueillies sont admises pour une durée déterminée de six mois maximum et renouvelable une fois. Tous les six mois, un bilan doit être réalisé afin de faire le point sur la situation de l'usager. L'objectif étant de faire accéder la personne le plus rapidement possible à une véritable insertion dans l'emploi et le logement.

Les conditions de fonctionnement et de financement des CHRS sont prévues par décret en conseil d'État qui précise également le montant de la participation des personnes accueillies en fonction de leurs ressources ainsi que les conditions dans lesquelles elles perçoivent la rémunération prévue lorsqu'elles prennent part aux activités d'insertion professionnelle. Les CHRS sont généralement financés par dotation globale de fonctionnement (programme 177, versée chaque mois par douzième par la DRASS/DDASS).

---

<sup>16</sup> Idem

Fin 2007, on dénombre 37 220 places d'hébergement au sein des CHRS franciliens. Parmi celles-ci, 2 753 sont des places de stabilisation et 4 407 places d'urgence<sup>17</sup>. Rien qu'en Ile-de-France, on compte, parmi l'ensemble des CHRS, 6 342 places d'insertion (2 928 à Paris), 1 330 places d'urgence (1 330 à Paris) et 949 places de stabilisation (949 à Paris).

## 2) Les centres d'hébergement d'urgence

Les centres d'hébergement d'urgence (CHU) font leur apparition avec le premier plan de lutte contre la pauvreté et la précarité, en octobre 1984. Les CHU ont d'abord eu pour but de répondre à une situation d'urgence lors de la période hivernale. D'ailleurs, ces centres « d'urgence » sont financés sur une base budgétaire particulière : la subvention annuelle.

Les Centres d'Hébergement d'Urgence sont destinés à l'hébergement temporaire des personnes ou des familles sans-domicile. La mission principale réside dans l'hébergement ; les aides à l'accès au logement, à l'emploi ou aux droits ne sont pas une obligation.

L'hébergement d'urgence est en général caractérisé par : un accès inconditionnel, même pour les personnes sans titre de séjour ; une fermeture des centres en journée ; une durée d'hébergement très courte<sup>18</sup>. Ce type d'accueil répond à une logique d'« urgence », de réaction à une catastrophe temporaire. Ainsi, ces centres visent davantage à assurer la survie que de permettre la sortie de la situation. Mais ce mode d'hébergement d'urgence n'a souvent rien de temporaire, car une personne peut y loger durant des années en s'y présentant tous les soirs.

Une des évolutions notables des CHU provient de la *loi du 5 mars 2007*, dite loi DALO<sup>19</sup>, qui reconnaît aux usagers des centres d'hébergement d'urgence le droit d'y rester tant que l'on ne leur a pas proposé un hébergement stable ou un logement adapté à leur situation ; c'est le principe de non-remise à la rue. Ainsi, la durée du séjour est indéterminée, dans le sens où il n'y a pas de limite établie à l'entrée. Le séjour est conditionné au fait de trouver une solution pérenne pour la personne ou famille, sauf dans le cas où l'utilisateur ne souhaite pas rester ou contrevient au règlement intérieur de l'établissement. L'article 4 de la loi instaure ainsi un « droit à l'hébergement opposable » (DAHO) : « *Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès*

---

<sup>17</sup> Enquête DGAS

<sup>18</sup> Initialement pour une durée inférieure à 2 semaines, mais certains usagers se retrouvent hébergés pendant plus de deux ans dans un même centre

<sup>19</sup> Droit au Logement Opposable

*lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adapté à sa situation ».*

Au principe de continuité édicté dans la loi DALO, s'ajoute le principe « d'inconditionnalité » ; c'est-à-dire un principe de non-sélection des personnes accueillies à l'entrée des centres : pas de condition de ressources ou de régularité du séjour. Néanmoins, ce principe d'inconditionnalité revêt encore différentes acceptations.

Les CHU sont financés par subvention annuelle (programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » géré par la DRASS/DDASS). Les dotations globales de fonctionnement (DGF) sont peu fréquentes pour les centres d'hébergement d'urgence. En revanche, le fonctionnement du centre est parfois assuré par des cofinancements avec les collectivités territoriales. Concernant les investissements liés par exemple à des projets d'humanisation ou de mises aux normes, le financement se fait grâce au programme 135 « Développement et amélioration de l'offre de logements », peuvent également intervenir des cofinancements de collectivité territoriale, du « 1% logement » et des fonds propres de l'association.

L'enquête de la DGAS fin 2007 répertorie pas moins de 10 267 places en CHU (2 995 en IDF dont 1 533 à Paris) et 4507 places d'urgence au sein des CHRS (1 330 en IDF dont 204 à Paris). En hiver, du fait du plan « grand froid », ce nombre de places d'urgence est accru de 7211 places dans la dernière semaine de décembre.

Une des conséquences de la loi DALO du 5 mars 2007 est la transformation de CHU en centres d'hébergement de stabilisation (CHS), voir en CHRS. Ainsi, 4 500 places d'hébergement d'urgence ont été transformées en places de CHRS et 6 000 autres en places de stabilisation.

Le PARSA prévoyait le passage sous statut CHRS de 4 000 places d'hébergement d'urgence. Parallèlement, 500 places nouvelles de CHRS devaient être créées. Pour autant, le parc de places d'hébergement d'urgence non CHRS n'a pas baissé de façon significative.

### 3) Les centres d'hébergement de stabilisation

Le Plan d'Action Renforcé pour les Sans Abri (PARSA), mis en œuvre le 8 janvier 2007, prévoyait une importante mutation du secteur de l'hébergement ainsi que différentes mesures liées au logement dans l'optique de reconstruire une fluidité entre l'hébergement et le logement. Ainsi, outre l'objectif d'ouverture en « H24 » des CHU (à condition que les associations gestionnaires en fassent la demande), le PARSA souhaitait la transformation de places d'hébergement d'urgence en places de stabilisation. Au côté des CHRS et des CHU, les centres d'hébergement de stabilisation (CHS) font leur apparition.

Les CHS ont un public semblable aux CHU, à la différence près que les personnes hébergées sont en général des usagers de plus ou moins longue date des dispositifs d'hébergement. L'objectif étant de « stabiliser » les usagers récurrents qui ne sont plus dans cette situation d'urgence propre aux CHU. L'hébergement de stabilisation, qui est ouvert 24 heures sur 24 et sans limite de durée de séjour, doit permettre aux sans-abri éloignés de l'insertion, de se stabiliser et de favoriser – à travers un accompagnement et un bilan social – leur orientation vers des structures adaptées à leur besoin et leur situation. Les CHS sortent de cette logique d'urgence, de cette temporalité, pour proposer une stabilisation de la personne, une situation d'hébergement plus pérenne permettant à l'utilisateur de se poser, se reposer, se ressourcer.

Les CHS disposent de modes de financement variables pour leur fonctionnement : dotation globale de financement (comme les CHRS) ou subvention (comme les CHU) selon leur statut. Quand l'on compare les CHU et les centres de stabilisation, on constate que le mode de financement des deux n'est pas très différent : le pourcentage de financement par DGF est à peine plus élevé pour les CHS. Alors que le financement par subvention est plus important pour les CHS, le cofinancement par les collectivités territoriales est moindre pour les CHS comparativement aux CHU.

Le financement des investissements des centres de stabilisation demeure proche des CHU ou des CHRS : programme 115, cofinancement avec les collectivités territoriales, cofinancement possible par le 1 % logement, éventuels fonds propres du gestionnaire, prêts CDC...

À la fin de l'année 2007, il existait pas moins de 7 051 places de stabilisation, dont 2 753 sous statut CHRS. La région parisienne compte 3 814 places de stabilisation – dont 2 596 uniquement sur Paris –, dont 949 places de stabilisation en CHRS (861 à Paris).

A l'origine, le PARSA prévoyait l'ouverture de 6 000 places de stabilisation par création ou transformation de places d'urgence<sup>20</sup>. Or, la barre des 7 000 places a été atteinte, soit un dépassement significatif de l'objectif.

La *Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement* confirme l'accroissement des capacités d'hébergement par la création en 2009 de 1 000 nouvelles places d'hébergement subdivisées en 100 places d'urgence, 100 places de stabilisation, et 800 places d'insertion CHRS.

Ce type d'hébergement dit de stabilisation a vocation à passer sous statut CHRS, ce qui assurerait un mode de financement plus pérenne. D'autres CHU risquent également de passer en centre d'hébergement de stabilisation.

---

<sup>20</sup> Voir relevé de décision du PARSA du 8 janvier 2007

### **III. Étude des centres d'hébergement franciliens**

L'enquête menée par la Fnars IDF<sup>21</sup> a permis de recueillir plus de 180 questionnaires provenant de structures diverses adhérentes ou non de la Fnars : centre d'hébergement d'Urgence (CHU), centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre de stabilisation (CHS), accueil de jour, centre communal d'action sociale (CCAS), foyer de jeunes travailleurs (FJT), logements et chambres conventionnés à l'ALT (aide au logement temporaire), centre maternel, etc. Parmi ceux-là, certains ne concernaient pas directement le secteur de l'hébergement, car les établissements ne disposaient pas de places d'hébergement (accueil de jour...). En conséquence, quelques formulaires ont dû être écartés de l'analyse afin de ne pas fausser les résultats finaux. En effet, dans un souci d'exhaustivité, le questionnaire a été largement diffusé.

Au final, 174 questionnaires ont été retenus. **161** établissements proposent des places d'urgence, de stabilisation ou de réinsertion. Les retours proviennent de nombreuses associations de taille très variable: de la petite structure disposant d'un unique centre d'hébergement à la grande association disposant de 5 à 10 établissements d'accueil (ACSC, ADOMA, AFTAM, Aurore, CASP, Emmaüs, l'Armée du Salut...). L'enquête comptabilise **9 642** places d'hébergement, dont 9 305 pour les seuls centres d'hébergement de type CHU, CHS ou CHRS. Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, on totalise exactement 15 395 places d'hébergement en Ile-de-France<sup>22</sup>. Ainsi, l'étude la Fnars IDF répertorie près des deux tiers des capacités d'hébergement franciliennes.

Les données recueillies ne sont pas absolues, mais permettent d'avoir un échantillonnage relativement représentatif de la répartition des centres d'hébergement sur le territoire et de leurs différentes caractéristiques.

---

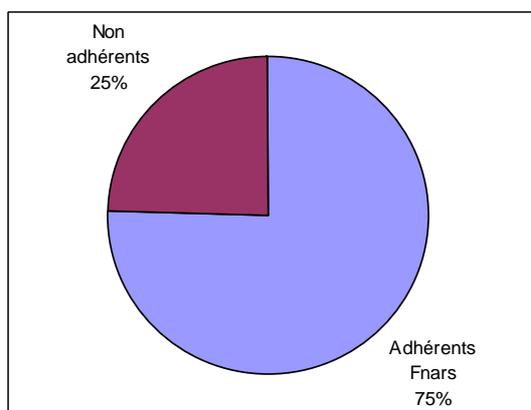
<sup>21</sup> L'enquête a été réalisée par un stagiaire universitaire, Romain Madelaine, durant cinq mois : de début avril à fin août. Les questionnaires ont été retournés durant les mois de juin et de juillet.

<sup>22</sup> Source DDASS-DRASSIF

## 1) Informations générales sur les centres d'hébergement franciliens

- **Un quart des structures non adhérentes à la Fnars ont répondu à l'enquête**

Doc. 1. – Part des adhérents parmi les structures enquêtées

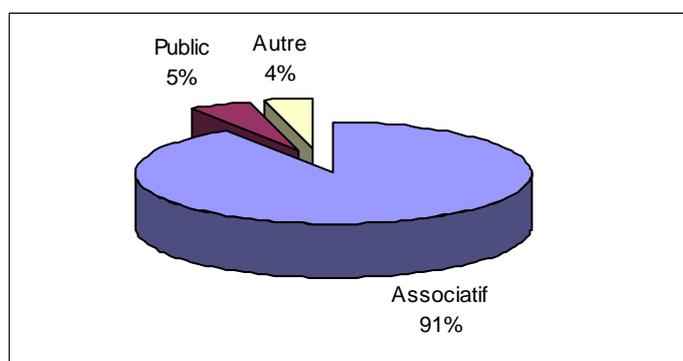


Répondants = 174 ; Adhérents Fnars = 131

Les associations non adhérentes à la Fnars ont certainement jugé qu'une enquête qualitative du secteur était nécessaire. Cela démontre une véritable mobilisation de l'ensemble du milieu de l'hébergement.

- **Un secteur essentiellement associatif**

Doc. 2. – Le mode de gestion des établissements d'accueil



Répondants = 174 ; Associations = 158

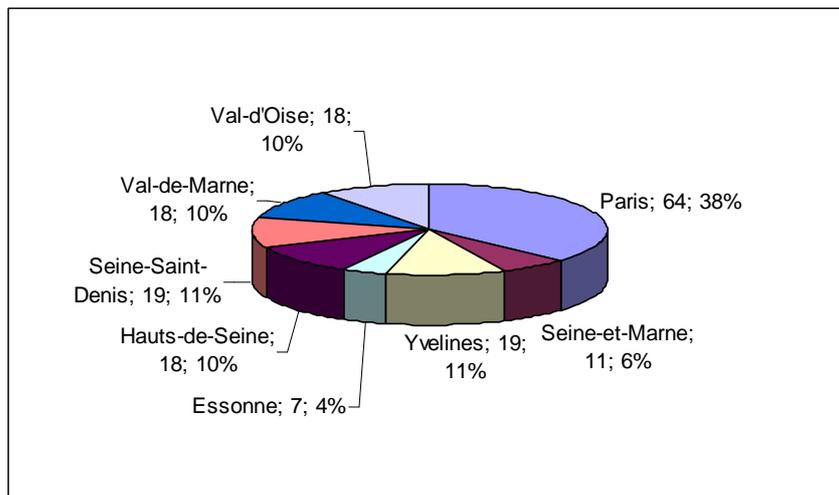
Comme l'indique le graphique ci-dessus, le secteur de l'hébergement est principalement associatif : 91 % des établissements sont gérés par des associations. Néanmoins, certains ont une gestion publique (5 %), comme c'est le cas des centres relevant du CASVP<sup>23</sup> ou du CCAS<sup>24</sup>. D'autres structures ont des statuts de « société d'économie mixte » (SEM) – ADOMA –, ou de « Fondation reconnue d'utilité publique » telle que l'Armée du Salut.

<sup>23</sup> Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

<sup>24</sup> Centre Communal d'Action Sociale

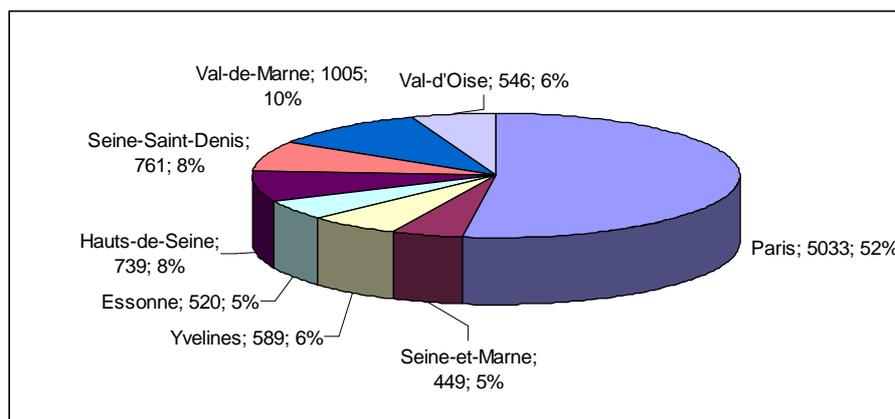
- **Une concentration des centres et des places d'hébergement sur Paris**

Doc. 3. – Répartition des centres d'hébergement en Ile-de-France



Répondants = 174 ; Paris = 64

Doc. 4. – Répartition des places d'hébergement



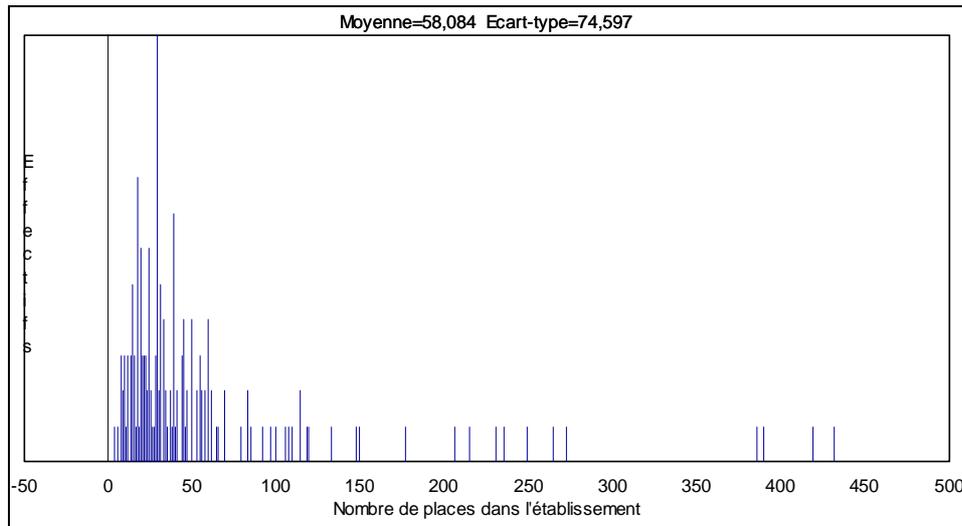
Paris regroupe plus d'un tiers des centres d'hébergement avec 64 établissements. Le reste est partagé sur les autres départements de la région Ile-de-France. La plupart d'entre eux – Val-d'Oise, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Yvelines – détiennent une vingtaine de centres. Seuls l'Essonne et la Seine-et-Marne disposent d'un nombre d'établissements plus restreint avec respectivement 7 et 11 centres.

L'écart entre la capitale et le reste du territoire francilien se creuse encore davantage quand on analyse la répartition des places d'hébergement. Paris comptabilise plus de la moitié des places avec 5033, alors que le reste de la région ne dispose que de 4609.

L'accueil est fortement concentré au sein de Paris, tant sur le nombre de centres que sur la quantité de places d'hébergement.

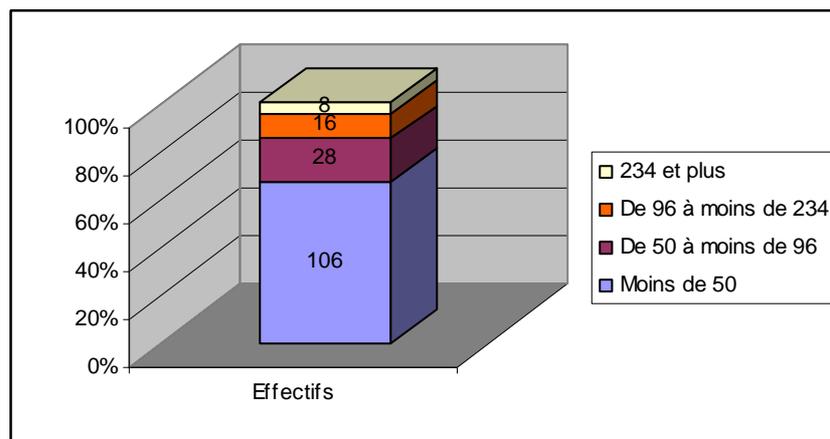
- **Un tiers des établissements sont au dessus du seuil des 50 places d'hébergements**

Doc. 5. – Dispersion des centres selon leur capacité d'accueil



Note : l'écart-type mesure la dispersion d'une série de valeur autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est élevé, plus grande est la dispersion des observations d'une variable.

Doc. 6. – Répartition des centres selon leur nombre de places d'hébergement



Répondants = 158 ; Lecture : 106 centres d'hébergement ont des capacités d'hébergement inférieure à 50 places.

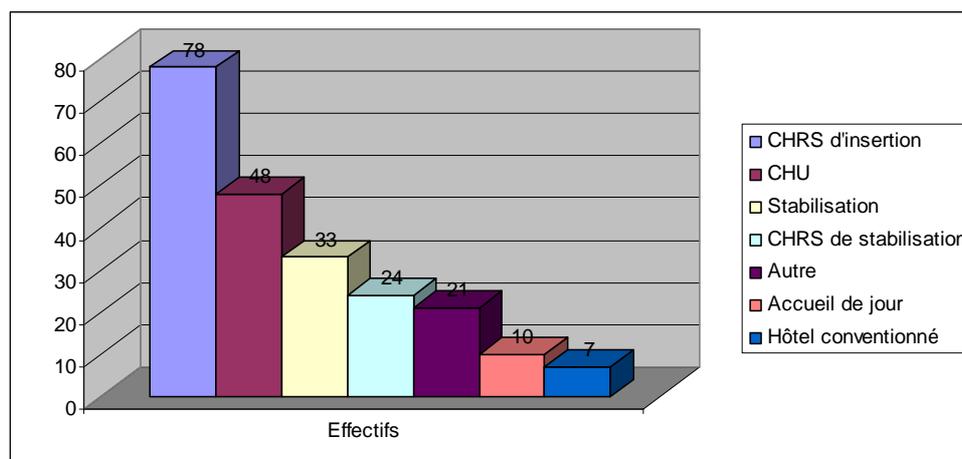
Le document n° 5 informe de la dispersion des centres selon leur nombre de places : la grande majorité des établissements ont une capacité d'accueil comprise entre 10 et 70 places. Au-delà de 100 places d'hébergement, les centres sont moins fréquents. Seules 4 structures ont des capacités aux alentours de 400 lits (ADOMA, Armée du Salut, La Mie de Pain, AUVM).

La circulaire 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement fixe comme objectif souhaitable « la délocalisation, ou la division sur site des grandes structures, en petites unités à taille plus humaine » en fixant la norme entre 30 et 50 places d'accueil maximum. Ainsi, le financement de structures nouvelles, organisées en unité de vie supérieure à 50 personnes n'est envisageable que sur dérogation accordée par le comité de pilotage national.

Actuellement, les centres inférieurs à 50 places d'hébergements représentent les deux tiers de l'hébergement proposé en IDF. Le tiers restant se situe au-delà du nouveau seuil fixé, avec parfois des niveaux d'accueil supérieurs à 200 places ; ce qui peut être en contradiction avec les préconisations de la circulaire sus-citée. Il semble donc nécessaire qu'une réflexion autour des travaux d'humanisation soit menée.

- **Un hébergement en CHRS prédominant**

Doc. 7. – Type d'accueil proposé par les établissements d'hébergement



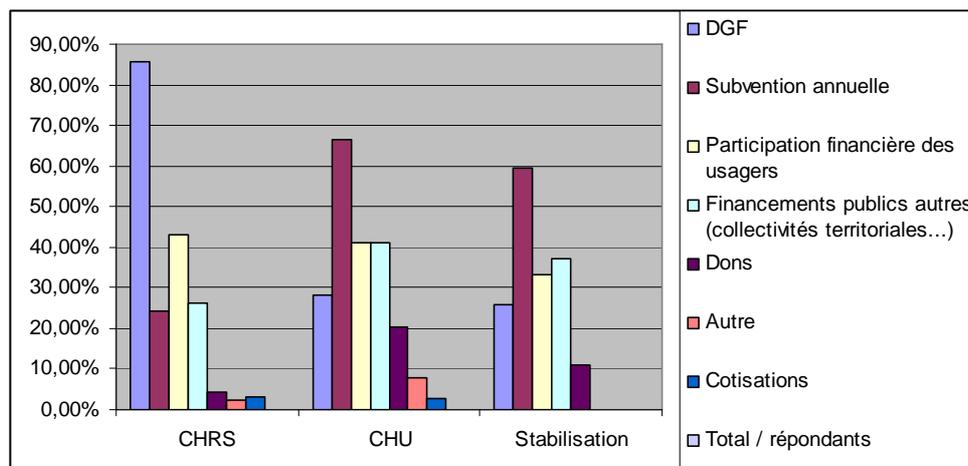
Répondants = 158 ; Lecture : 78 établissements d'hébergement disposent de places de CHRS d'insertion.

Les CHRS, qu'ils soient d'insertion (78 centres) ou de stabilisation (24 centres), représentent la grande majorité de l'accueil proposé. 48 centres d'hébergement proposent des places d'urgence, dont 40 sont exclusivement des Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU).

La question posée initialement – « quels sont les types d'accueil proposés par l'établissement ? » – étant à choix multiples, nombreux sont ceux à indiquer cumuler les types d'hébergement. Cela s'explique par le fait que les centres disposent souvent de plusieurs types d'hébergement : places d'insertion, places d'urgence, places de stabilisation... Ainsi, un CHRS propose parfois, en plus de ces places classiques d'insertion, des places d'hébergement d'urgence, voir de stabilisation. D'autres établissements peuvent disposer, en complément de l'hébergement, d'un dispositif d'accueil de jour (pour 10 d'entre eux) ou de places dans des hôtels conventionnés (pour 7 d'entre eux).

- **Des modes de financement disparates selon les types d'hébergement**

Doc. 8. – Les modes de financement en 2008 selon les types de centres d'hébergement



Répondants = 159 ; Lecture : 85,70 % des CHRS sont financés par une dotation globale de fonctionnement (DGF).  
Les réponses multiples étant possibles, le cumul des réponses peut dépasser les 100 %.

Les modes de financement sont contrastés selon les types d'accueil proposés par les centres. Les CHRS bénéficient en grande majorité de dotation globale de fonctionnement (DGF) (85,70 %), ce qui leur assure une plus grande sécurité dans le financement du fonctionnement de l'établissement. A contrario, les CHU et les centres de stabilisation ont des financements beaucoup plus précaires.

Les centres proposant de l'hébergement d'urgence sont généralement sous le régime de la subvention annuelle (66,70 %), tandis que la part de CHU en DGF est relativement restreinte (28,20 %). Il en est de même pour les centres de stabilisation qui sont à près de 60 % sous subvention, pour seulement un quart de DGF.

Ayant un financement plus précaire, les CHU et les CHS ont un recours plus important à d'autres modes de financement tels que des cofinancements publics complémentaires (par exemple avec les collectivités territoriales) ou des dons (20,5 % pour CHU, contre seulement 4,4 % pour les CHRS).

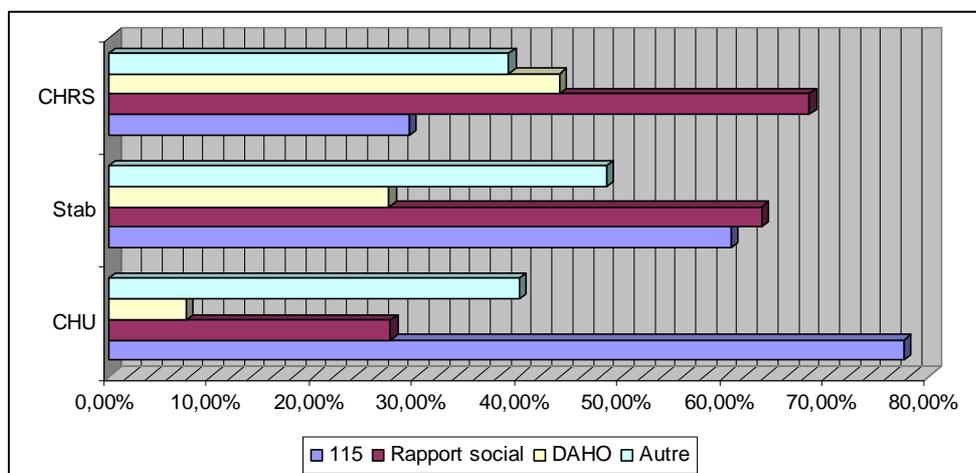
La participation financière des usagers est aussi bien pratiquée dans les CHRS (à 43 %) que dans les CHU (41 %) ou les CHS (33 %). Le taux plus faible recueilli auprès des centres de stabilisation peut s'expliquer en raison d'un public normalement en plus grande exclusion et n'ayant pas nécessairement les ressources (absence de minima sociaux) pour participer.

A noter que les CHS et les CHU passent de plus en plus sous statut CHRS afin de bénéficier d'une dotation globale de fonctionnement. Ce qui leur assure un financement plus pérenne.

## 2) Accueil et conditions d'admissions des personnes

### • Des modalités d'entrée très différentes entre les CHU et les CHRS

Doc. 9. – Les modalités d'entrée dans les centres d'hébergement



Répondants = 159 ; Lecture : 77,50 % des CHU accueillent des personnes orientées par le 115.  
Les réponses multiples étant possibles, le cumul des réponses peut dépasser les 100 %.

Les modalités d'entrée dans les établissements varient fortement en fonction du type de centre d'hébergement. 77,50 %<sup>25</sup> des CHU reçoivent des personnes à travers le 115, tandis que les usagers hébergés grâce au rapport social ou au Droit à l'Hébergement Opposable (DAHO) sont peu nombreux (respectivement, 37,50 % et 7,50 %).

Les CHRS ont quant à eux une forte proportion d'admissions par les rapports sociaux (64,20 %) ou par le DAHO (43,20 %), alors que l'entrée par le 115 ne représente que 22,4 % (pour les CHRS d'insertion).

Les centres de stabilisation ont deux modalités principales d'accueil : le 115 (60,60 %) et le rapport social (63,60 %). Un quart des CHS reçoivent des personnes via le DAHO et la moitié par d'autres modalités. Ainsi, les centres de stabilisation ont à la fois les caractéristiques d'entrée des CHU et des CHRS, en raison du positionnement intermédiaire de ce type d'établissement à la croisée entre l'urgence et l'insertion/stabilisation.

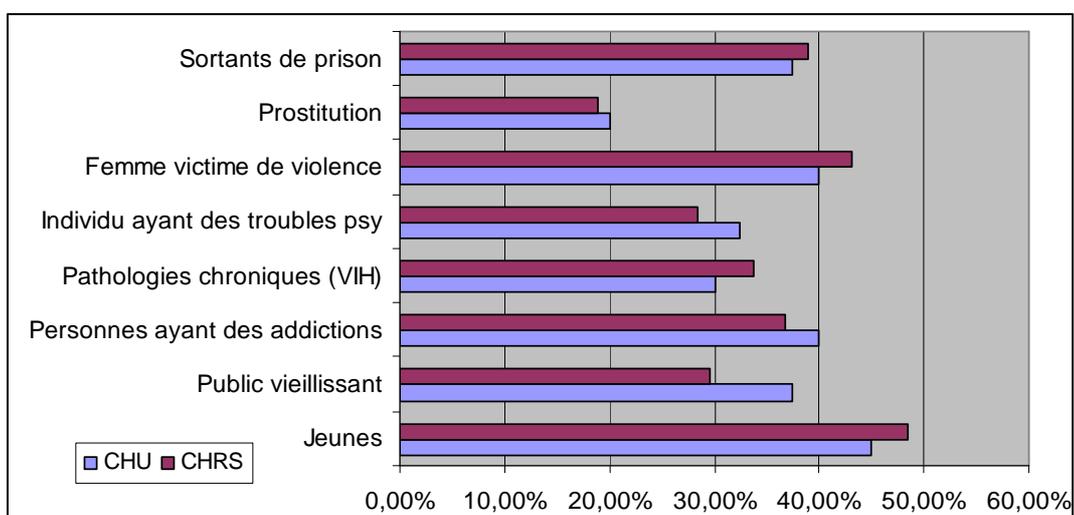
Le 115 est le mode d'admission privilégié des CHU et des CHS. Le rapport social est principalement employé par les centres de stabilisation et les CHRS. Le DAHO, s'il est très marginal dans les CHU, est un moyen d'admission assez courant dans les CHRS.

<sup>25</sup> Cela signifie que 77,50 % des CHU accueillent des personnes orientées par le 115, mais cela ne veut pas dire que 77,50 % des hébergés des CHU ont été orientés par le 115. De plus, les réponses multiples étant possibles, le cumul des réponses peut dépasser les 100 %. Ainsi, pour les CHU par exemple, le cumul des modalités d'entrée atteint les 150 %.

Outre les admissions par le 115, les rapports sociaux ou le DAHO, près de la moitié des centres ont d'autres modalités d'entrée : sur appel téléphonique direct des usagers, par l'arrivée spontanée des personnes, par leurs partenaires, à travers des commissions locales/territoriales, par l'orientation par la DDASS, grâce aux équipes de rue... Les modalités d'entrée sont donc très éparpillées et non normalisées ; ce qui ne participe pas à créer une véritable cohérence des pratiques du secteur.

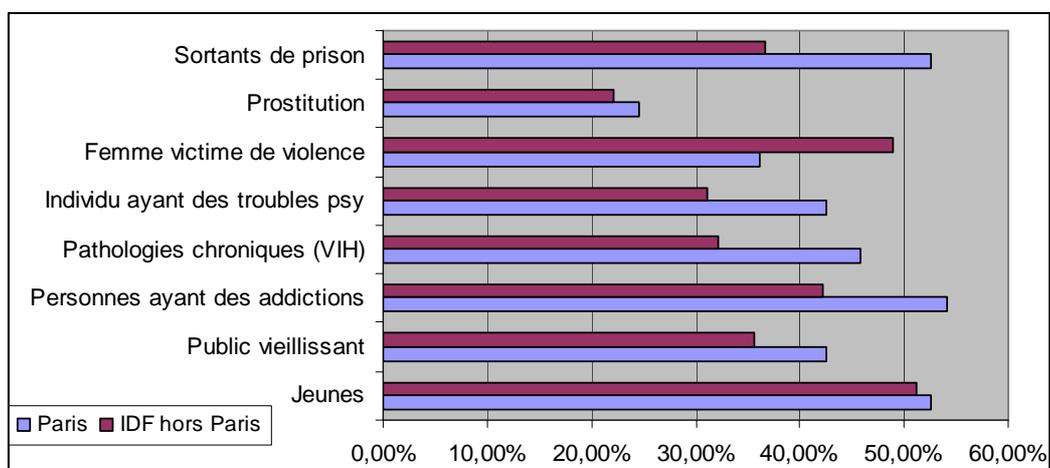
- Une typologie de population assez similaire entre les CHU et les CHRS, mais qui diffère quelque peu entre Paris et le reste de l'Ile-de-France

Doc. 10. – Type de public accueilli en CHU et CHRS



Répondants = 140 ; Lecture : 45% des CHU et 48,40% des CHR accueillent des sortants de prison.

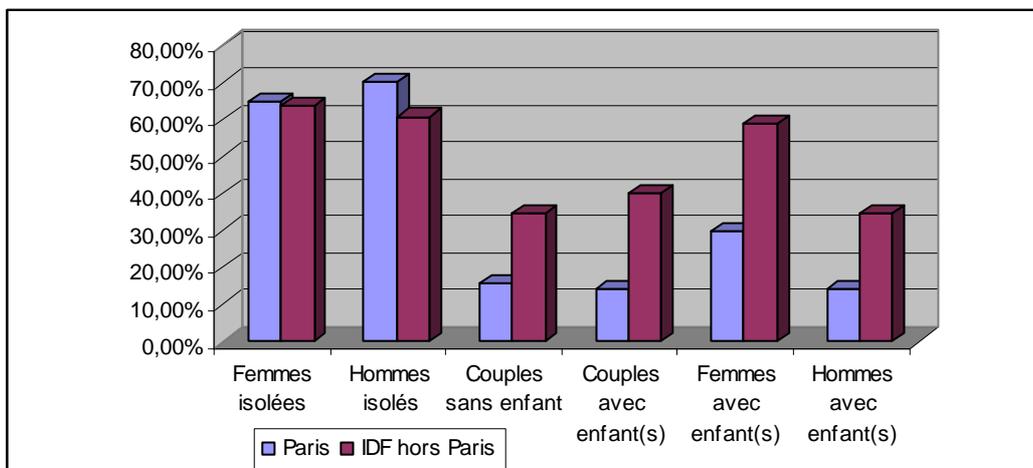
Doc. 11. – Type de public accueilli à Paris et dans le reste de l'Ile-de-France



Répondants = 140 ; Lecture : 52,50% des centres d'hébergement situés dans Paris accueillent des sortants de prison ; 36,70% des centres d'hébergement situés hors Paris accueillent des sortants de prison.

- Une population d’usagers distincte entre Paris et le reste de l’Ile-de-France

Doc. 12. – Comparatif du type de public accueilli entre Paris et les autres départements d’IDF

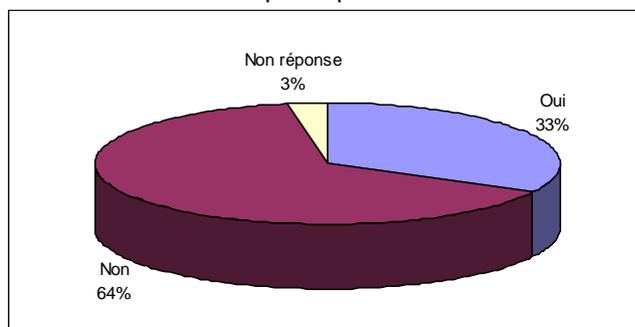


Répondants = 162 ; Lecture : 65% des centres d’hébergement parisiens déclarent accueillir des femmes isolées ; 63,60% des centres d’hébergement situés hors Paris assurent accueillir des femmes isolées.

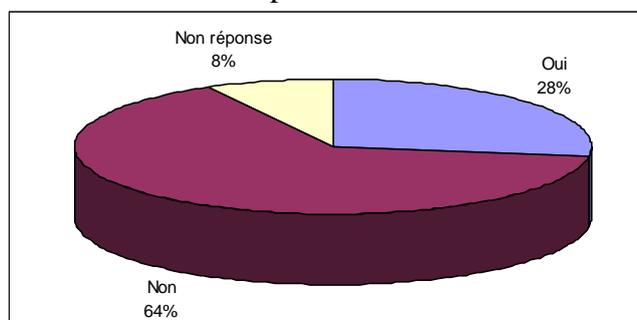
Selon l’implantation géographique des centres d’hébergement, le public accueilli est variable. À Paris, les établissements sont plus focalisés sur les personnes isolées, hommes (70,3 %) ou femmes (65,6 %), alors que l’accueil des publics en couples avec ou sans enfants est beaucoup plus restreint dans la capitale. Les autres départements de banlieue parisienne, s’ils sont fortement ouverts au public isolé, reçoivent également des familles. Paris concentre les publics les plus désocialisés et donc les plus isolés. L’accueil de familles est peut-être aussi plus facile dans les villes de banlieue qu’au cœur de la capitale, du fait de structures plus adaptées et mieux localisées.

- Une application lacunaire du principe d’inconditionnalité

Doc. 13. – Le centre accueille-t-il un public spécifique ?

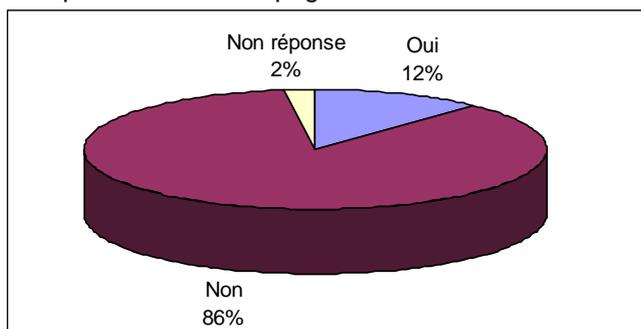


Doc. 14. – L’établissement a-t-il un public proscrit ?



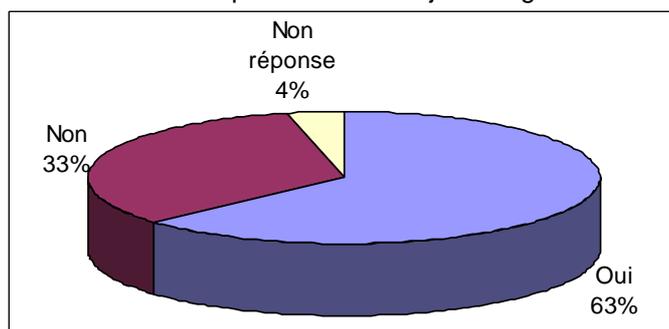
Répondants = 169 ; Lecture : 33% des centres d’hébergement déclarent accueillir un public spécifique (soit 57 centres) ; 28% des établissements affirment avoir un public proscrit (soit 48 centres).

Doc. 13. – Les personnes accompagnées d'animaux sont-elles acceptées ?



Répondants = 170 ; Lecture : 12% (soit 21 centres) des établissements acceptent les personnes accompagnées d'animaux

Doc. 14. – Accueil des personnes en séjour irrégulier en France ?



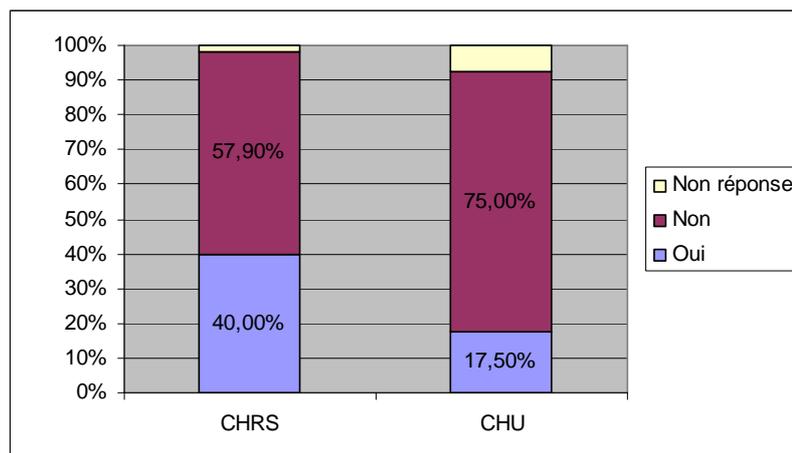
Répondants = 168 ; Lecture : 63% (soit 102 centres) des établissements déclarent accueillir les personnes en séjour irrégulier en France.

Les quatre graphiques ci-dessus démontrent que le principe d'inconditionnalité n'est pas inscrit dans le fonctionnement de l'ensemble des centres d'hébergement. En effet, seuls 64 % des établissements déclarent ne pas refuser de public particulier. Ainsi, un tiers des structures effectuent une sélection à l'entrée soit de manière positive (accueil d'un public spécifique) soit de manière négative (exclusion d'un public particulier).

Le principe d'inconditionnalité est encore moins appliqué quand il s'agit de l'accueil des personnes ayant un animal (généralement un chien) ou des personnes sans titre de séjour en France. Ces dernières sont doublement « sans » : sans-papiers et sans-logis. Ils sont exclus dans 33 % des centres d'hébergement.

On note une différence dans l'accueil des personnes sans titre de séjour entre CHU et les CHRS, comme l'indique le graphique ci-dessous. L'inconditionnalité de l'accueil liée à la régularité du séjour est beaucoup plus prégnante au sein des CHU (75 %) que dans les CHRS (57,90 %). Ces derniers, du fait de leur projet d'insertion, refusent davantage les personnes sans-papier, car ils estiment ne pas pouvoir réaliser de travail d'insertion auprès d'une personne sans titre de séjour.

## Doc. 13. – Conditionnalité de l'accueil à la régularité du séjour en France selon les centres



Lecture : 40% des CHRS conditionnent l'accueil des personnes à leur régularité de séjour en France.

Concernant les individus accompagnés d'un animal, ils ne sont acceptés que dans 12 % des centres franciliens, ce qui conduit à une très forte exclusion de ce type de public, réduit à l'isolement. Comme on peut le constater, l'inconditionnalité est un principe qui peine encore à s'établir dans le secteur de l'hébergement, alors même qu'il est inscrit dans la circulaire du 5 mars 2009 : « *Le principe de l'accueil immédiat et inconditionnel pour les centres d'hébergement d'urgence est réaffirmé* ».

Nous ne pouvons que constater que l'inconditionnalité ne peut s'entendre au sein d'une seule structure, mais bien par rapport à l'ensemble des acteurs du réseau.

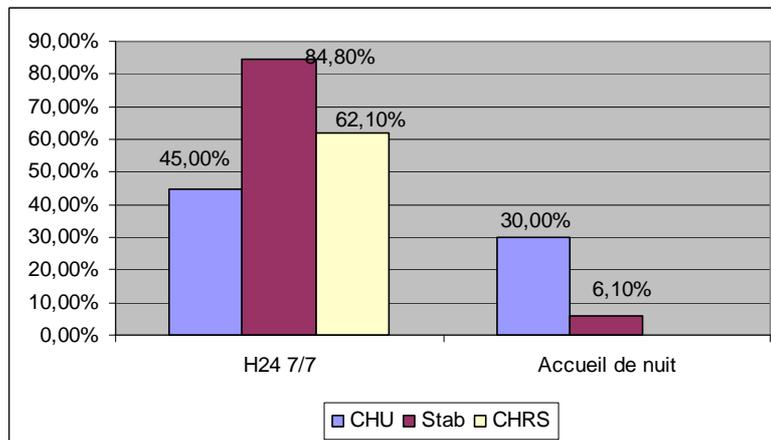
Différentes raisons sont invoquées pour expliquer le décalage entre les dires et les faits. En premier, le refus des personnes avec chiens est légitimé par : l'absence de moyen d'accueil des animaux ; des locaux inadaptés ; des raisons d'hygiène ou/et de sécurité. Certains reconnaissent que les aménagements pour n'ont pas été faits.

Pour les sans-papiers refusés des établissements, les motifs invoqués sont : le règlement intérieur du centre ou le projet d'établissement ; l'impossibilité d'effectuer un travail d'insertion ; une demande de la DDASS ; le respect des lois régissant la régularité du séjour...

### 3) Horaires et prestations

- **Des horaires d’ouverture très différents selon les types d’établissements : la plupart des CHRS sont ouverts H24 alors que moins de la moitié des CHU fonctionnent en H24**

Doc. 14. – Horaires d’ouverture des centres d’hébergement

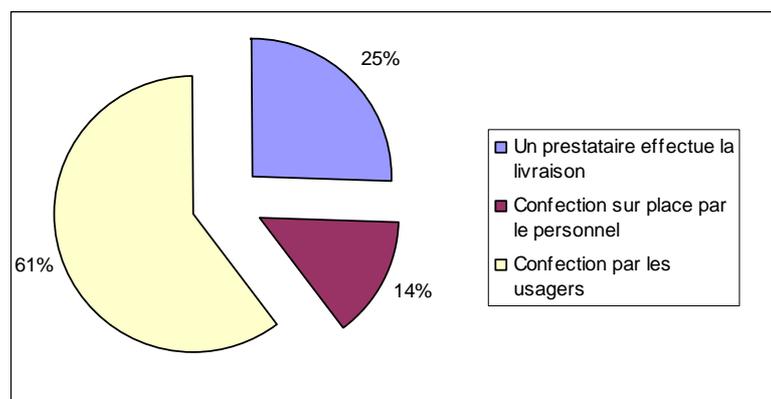


Lecture : 45 % des CHU et 85 % des CHS fonctionnent 24h/24h 7j/7j, tandis que 30 % des CHU n’ont qu’un accueil de nuit.

Malgré la volonté de rendre accessible les CHU à toute heure de la journée, sous couvert du principe de continuité, seuls 45% d’entre eux sont ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Tandis que 84,80% des centres de stabilisation et 62,10% des CHRS sont ouverts en H24 7/7. Nombreux sont les centres d’hébergement d’urgence à ne proposer qu’un accueil de nuit (30%).

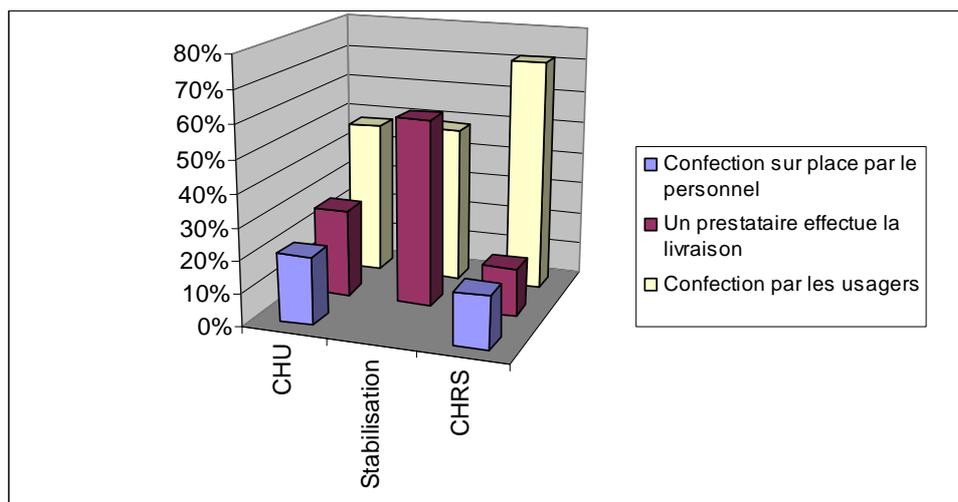
- **Des repas majoritairement préparés par les usagers des CHRS**

Doc. 15. – Confection des repas dans les centres d’hébergement franciliens



Répondants = 155 ; Lecture : 61% des repas au sein des centres d’hébergement sont confectionnés par les usagers.

Doc. 16. – Confection des repas selon les types d'hébergement



Répondants = 148 ; Lecture : 72% des repas au sein des CHRS sont confectionnée par les usagers ; 21% des repas dans les CHU sont confectionnés par le personnel.

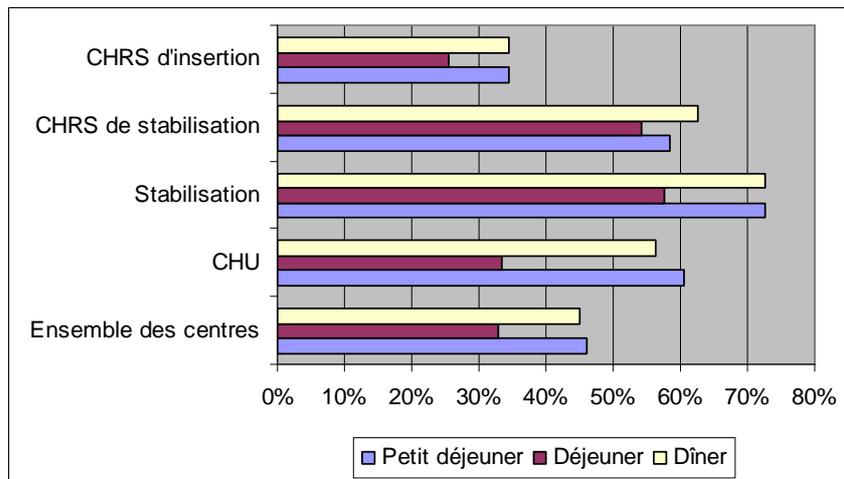
Dans les centres d'hébergement, les repas sont majoritairement confectionnés par les usagers (61 %). Un quart des repas des établissements franciliens sont livrés par des prestataires extérieurs, le reste étant préparé par le personnel salarié (14 %).

Cette répartition varie selon les types d'hébergement. Ainsi, la possibilité que la préparation soit faite par les usagers est plus forte dans les CHRS (72 %), cela s'expliquant par le projet d'insertion et d'autonomisation des individus. Seule la moitié des CHU ou des CHS permettent aux usagers de se préparer à manger. Le recours aux prestataires extérieurs est particulièrement fort dans les centres de stabilisation (58 %, contre 27 % pour les CHU et 15 % pour les CHRS), certainement dû au fait de la plus faible autonomie du public accueilli.

La préparation par l'effectif salarié des centres est relativement restreinte : 21 % pour les CHU et 16 % pour CHRS.

- **Moments de restauration proposés**

Doc. 17. – Moments de restaurations proposés dans les centres

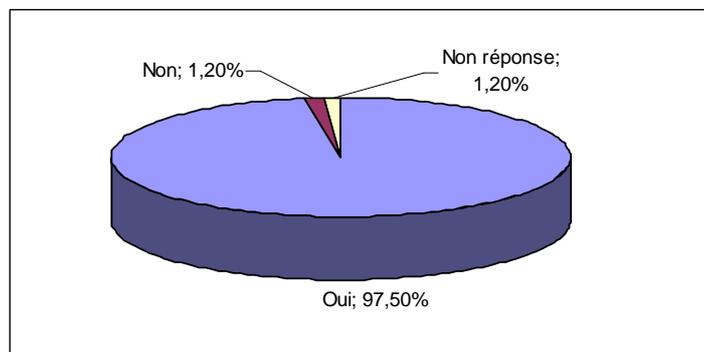


Interrogés = 164 ; Répondants = 91 ; Lecture : 33% des CHU déclarent proposer le déjeuner aux usagers dans leur locaux.

Les centres d'hébergement ne proposent pas de manière égale les repas tout au long de la journée. Si plus de 45% des établissements offrent la possibilité de servir le petit déjeuner ou le dîner, seuls 33% le proposent pour le déjeuner.

- **La quasi-intégralité des centres réalise un accompagnement social auprès des usagers**

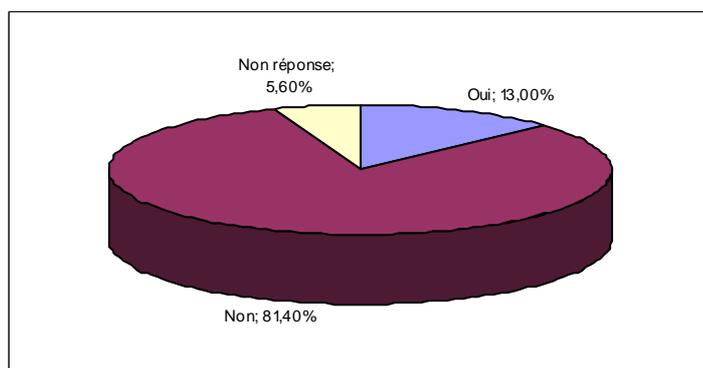
Doc. 18. – Accompagnement social



Répondants = 148 ; Lecture : 97,50% des centres d'hébergement effectuent un accompagnement social auprès de leurs usagers.

- **Plus d'un centre sur huit a développé une activité d'Insertion par l'Activité Economique**

Doc. 19. – Activité d'Insertion par l'Activité Économique dans les établissements

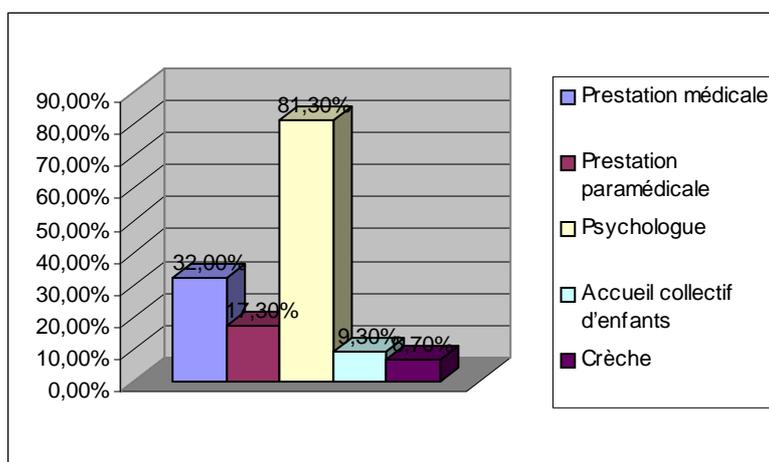


Interrogés = 161 ; Répondants = 152 ; Lecture : 13% des établissements ont développé une activité d'IAE au sein de leur structure.

Les activités d'Insertion par l'Activité Économique (IAE) sont présentes dans plus de 13 % des centres d'hébergement : 15 % des CHRS disposent d'une activité d'IAE, contre 12,5 % dans les CHU et seulement 6 % dans les centres de stabilisation. Ces écarts s'expliquent par la différence de publics : les personnes accueillies en CHRS sont normalement plus proches de l'IAE que ceux en CHU ou en CHS, en raison de leur projet d'insertion qui a déjà pu être largement mis en œuvre en CHRS par les travailleurs sociaux.

- **Nombreux sont les centres qui offrent les services d'un psychologue à leurs usagers**

Doc. 20. – Autres prestations assurées par les centres



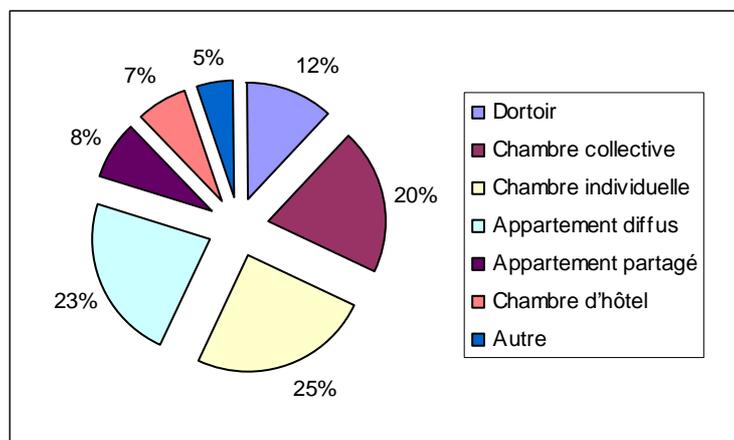
Interrogés = 164 ; Répondants = 75 ; Lecture : parmi les centres ayant répondu à la question, 81,30% des centres offrent les services un psychologue à leurs usagers.

Parmi les autres types de prestations que l'on peut assurer dans les centres d'hébergement, la consultation d'un psychologue est la plus répandue (81,30%). En outre, près d'un tiers des établissements disposent d'une prestation médicale.

#### 4) Configuration des locaux

- **Les dortoirs représentent encore aujourd'hui 12 % des capacités globales d'hébergement en Ile-de-France**

Doc. 21. – Répartition des places selon le type d'hébergement



Note : répartition des places sur un total de 9007 places indiquées par les enquêtés ;  
Lecture : 12% des places d'hébergement se font en dortoir.

Les chambres individuelles et collectives, ainsi que les appartements diffus totalisent plus des deux tiers des places d'hébergement sur le territoire francilien (avec respectivement, 25 %, 20 % et 23 %). Néanmoins, 12 % des places sont encore en dortoir (principalement présents dans les CHU). L'hébergement en hôtel constitue, quant à lui, 7 % des capacités générales d'accueil.

Doc. 22. – Nombre de personnes hébergées et sortie pour l'année 2008

Centres d'hébergement			
	Pers. accueillie	Pers. sortie	Durée de séjour
Total	14600	7797	20531
Minimum	3	1	3
Maximum	850	378	365
Moyenne	106	1	190
Médiane	70	33	

CHRS			
	Pers. accueillie	Pers. sortie	Durée de séjour
Total	8095	4538	14057
Minimum	3	3	6
Maximum	501	378	365
Moyenne	98	55	223
Médiane	68	31	

CHU			
	Pers. accueillie	Pers. sortie	Durée de séjour
Total	4246	2062	3523
Minimum	15	1	3
Maximum	850	325	365
Moyenne	129	67	117
Médiane	74	40	

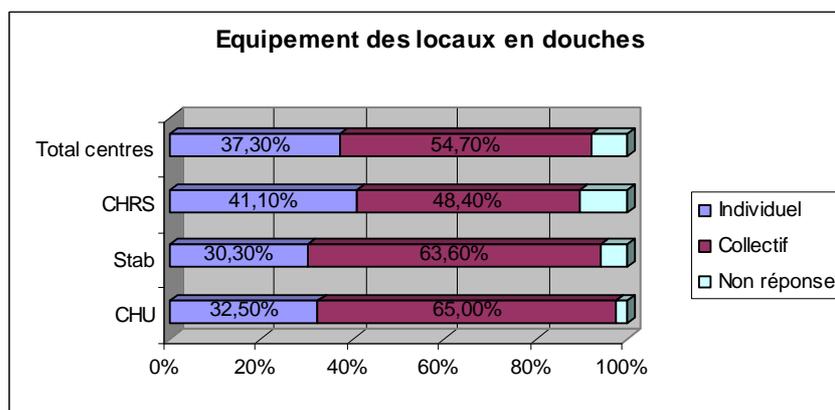
Parmi les établissements enquêtés faisant de l'hébergement (CHU, CHRS, CHS), 14 600 personnes ont été accueillies en 2008 (dont 8 095 en CHRS et 4 246 en CHU). Ces centres ont hébergé en moyenne 106 usagers sur l'année. Le nombre moyen de personnes accueillies varient selon la forme

que prend l'hébergement : alors que la moyenne est inférieure à 100 dans les CHRS, elle est proche des 130 dans les CHU. Les Centres d'hébergement d'urgence accueillent un plus grand nombre de personnes.

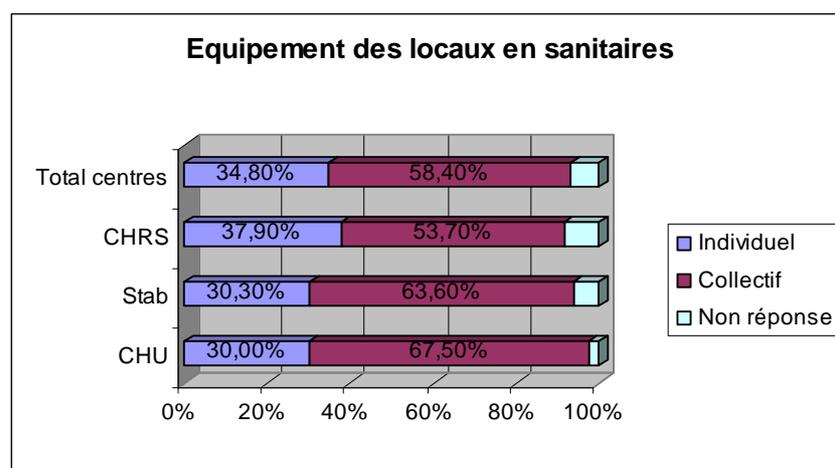
Les sorties pour l'année 2008 sont deux fois moins nombreuses que les entrées : 7 797 personnes sont sorties des établissements (4 538 sortants de CHRS, 2 062 sortants de CHU). Ce qui atteste du problème de mobilité et d'engorgement au sein du secteur de l'hébergement. En moyenne, sur l'année, ce sont 55 personnes qui sont sorties d'un CHRS, et 67 d'un CHU.

- **Des équipements en douches et sanitaires plus individualisés dans les CHRS ; tandis que les espaces cuisine ne sont pas encore généralisés dans les établissements**

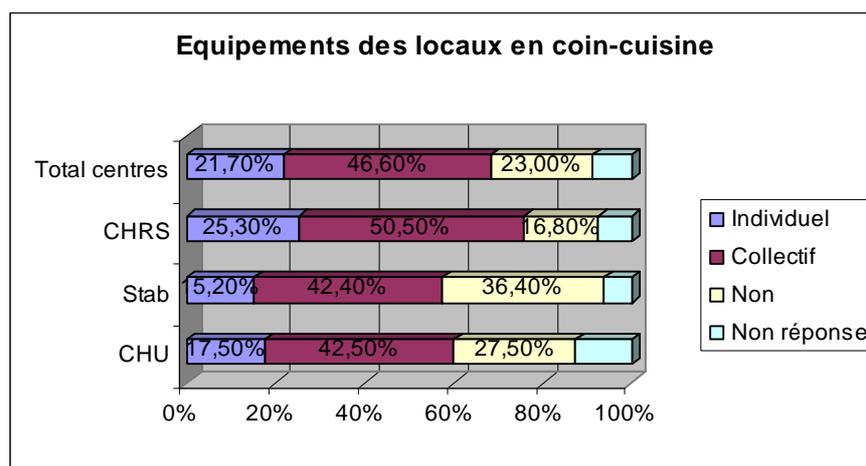
Doc. 23. – Équipement des locaux en douches, sanitaires et coin-cuisine



Répondants = 151 ; Lecture : 37,30% des centres proposent des douches individuelles à leurs usagers.



Répondants = 152 ; Lecture : 34,80% des centres proposent des sanitaires individuels à leurs usagers.



Répondants = 147 ; Lecture : 21,70% des centres proposent des coin-cuisines individualisés à leurs usagers.

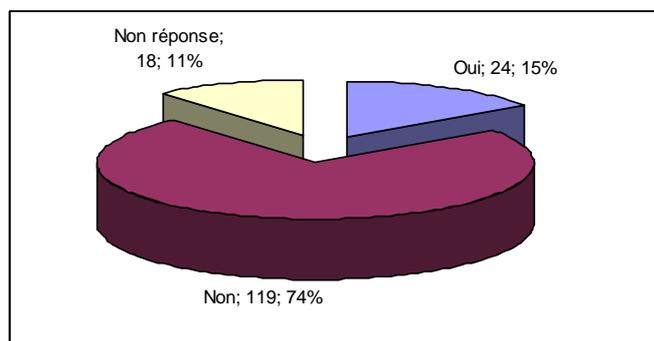
L'étude révèle que les locaux sont majoritairement pourvus en douches et sanitaires collectifs : 54,70 % de douches collectives, 58,40 % de sanitaires collectifs. Les CHRS sont généralement supérieurement dotés en douches et sanitaires individuels, comparativement aux CHU ou CHS : environ 40 % d'équipements individuels dans les CHRS, contre à peine plus de 30 % dans les CHU/CHS.

Les coins-cuisine ne sont pas forcément présents dans l'ensemble des centres d'hébergement : seuls 68 % des locaux proposent des coins-cuisine, dont uniquement 21,70 % en individuel. Les espaces de cuisine sont d'ailleurs plus représentés (76 %) et plus individualisés (25,30 %) dans les CHRS, que dans les autres centres, notamment dans les établissements de stabilisation où seulement 5,20 % proposent des coins-cuisine individuels aux usagers et 42,40 % en collectif.

Ces différences d'équipements entre les CHRS et les autres centres d'hébergement (CHU, CHS) reflètent le contraste qui peut exister dans la prise en charge et dans l'hébergement des usagers. Les CHRS disposent, du fait de leur financement plus important et de leur projet d'insertion, des locaux et d'équipements plus individualisés.

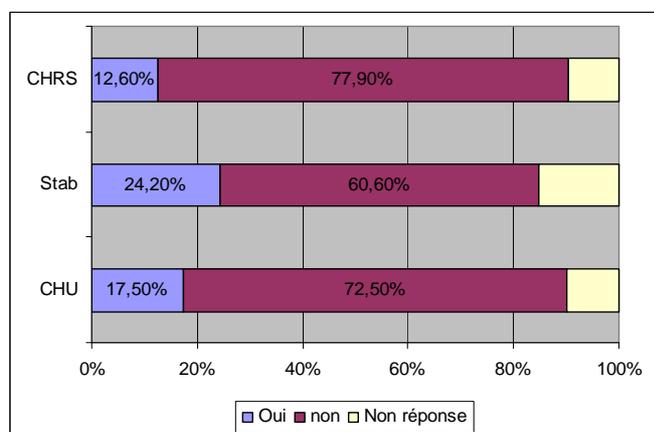
- **L'accessibilité des centres d'hébergement aux personnes ayant un handicap de mobilité reste marginale**

Doc. 24. – Accessibilité aux personnes à mobilité réduite dans les centres



Répondants = 143 ; Lecture : 15 % des centres disposent d'une accessibilité aux personnes à mobilité réduite

Doc. 25. – Accessibilité aux individus ayant un handicap de mobilité, selon les types d'accueil



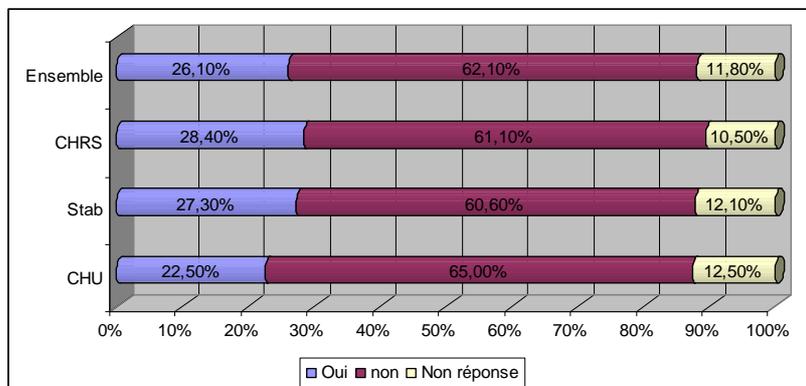
Peu de centres d'hébergement sont adaptés à l'accueil de personnes ayant une mobilité réduite. En effet, 15 % des établissements disposent de locaux accommodés. Les centres de stabilisation sont les mieux aménagés en faveur de ce type de public, car 24,20 % sont accessibles aux individus ayant une mobilité réduite, contre 12,60 % des CHRS et 17,50 % des CHU.

Parmi, les établissements ayant répondu à l'enquête (soit plus de 9 600 places), on recense 186 places pour « personnes à mobilité réduite » (dont 124 à Paris), dont 113 pour « personnes en fauteuil » (dont 67 à Paris).

## 5) Travaux d'humanisation

- Plus d'un quart des centres d'hébergement ont déposé des projets d'humanisation en 2008

Doc. 26. – Projets d'humanisation déposés en 2008



Interrogés : 161 / Répondants : 142 ; lecture : 28,40% des CHRS ont déposé des projets d'humanisation en 2008.

Pour l'année 2008, un peu plus d'un quart des établissements franciliens ont déposé un projet de financement pour des travaux dits « d'humanisation ». On peut s'étonner, à la vue des besoins de modernisation des centres d'hébergement, du faible taux de dépôt de projets d'humanisation.

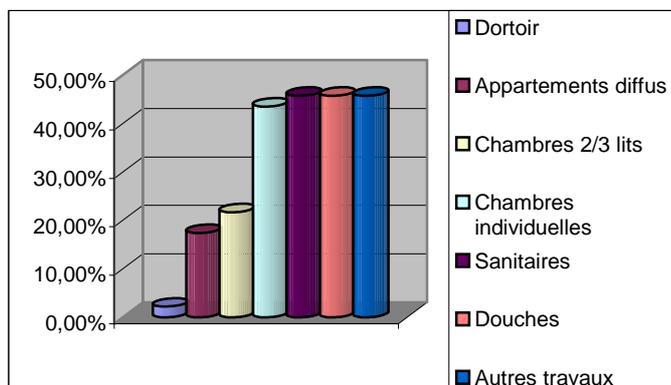
Le graphique ci-dessus atteste que le type d'hébergement n'influe que faiblement sur le dépôt de projet d'humanisation, même si les CHU restent un peu en retrait par rapport aux CHRS avec respectivement 22,50 % et 28,40 %.

Parmi les structures n'ayant pas constitué de dossier d'humanisation, les raisons invoquées sont :

- l'association non-proprétaire des locaux ;
- les travaux n'étaient pas nécessaires (locaux déjà réhabilités précédemment, nouvel établissement, pas d'exploitation possible des locaux) ;
- le projet est en préparation pour l'année 2009 ;
- les travaux pressentis ne rentrent pas dans le cadre de l'humanisation.

- **Des travaux centrés autour des chambres individuelles, des sanitaires et des douches pour l'année 2008**

Doc. 27. – Nature des travaux à réaliser dans le cadre de l'humanisation en 2008



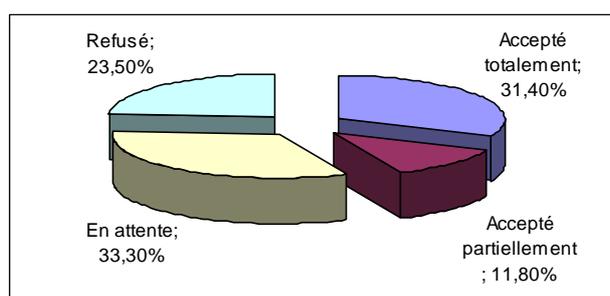
Interrogés : 161 / Répondants : 46 / Réponses : 102 (Pourcentages calculés sur la base des répondants)

Parmi les structures ayant déposé un projet d'humanisation, les travaux se concentrent autour des chambres individuelles, des sanitaires et des douches.

D'autres travaux ont été indiqués par les enquêtés tel que : l'aménagement d'une salle d'activité collective ; l'accès pour les personnes à mobilité réduite ; la réfection des cuisines ; la lutte contre le saturnisme ; des travaux de chaufferie ; la sécurité des locaux ; la réhabilitation du bâtiment...

- **Plus de 43 % des projets d'humanisation de 2008 étaient validés au moment de l'enquête**

Doc. 28. – Acceptation des projets d'humanisation de 2008

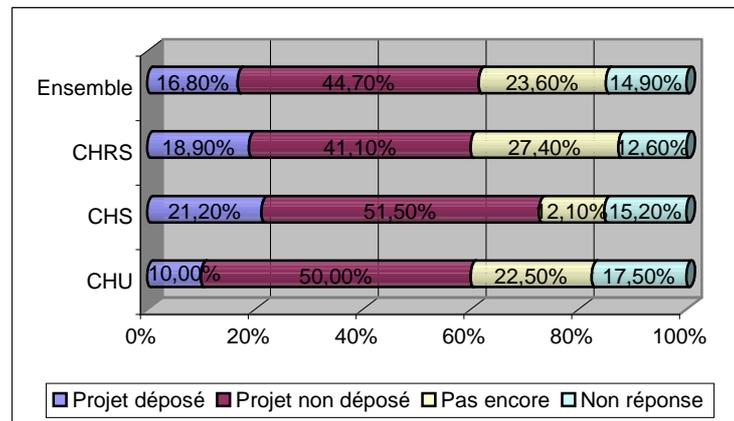


Répondants = 51

Les projets d'humanisation déposés en 2008 ont été validés à plus de 43 %, soit totalement (31,40 %), soit partiellement (11,80 %). Un tiers des projets sont toujours en attente de confirmation et près d'un quart ont été refusés.

• **Encore peu de projets d’humanisation déposés en 2009**

Doc. 29. – Projets d’humanisation déposés en 2009



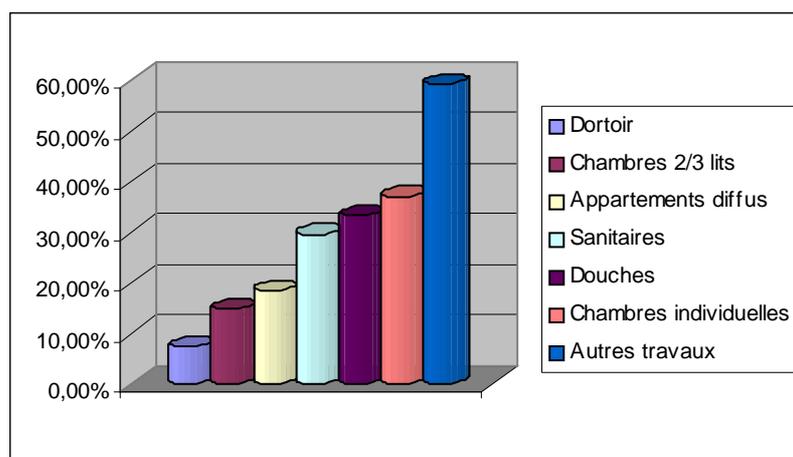
Interrogés : 161 / Répondants : 137 (Pourcentages calculés sur la base des répondants)

À l’heure actuelle, les projets d’humanisation sont moins nombreux qu’en 2008. Pour l’année 2009, moins de 17% des centres d’hébergement ont déposé des projets d’humanisation : 18,90 % des CHRS, 10 % des CHU et 21,20% des CHS.

Les structures n’ayant pas déposé de projet ont soit invoqué les mêmes raisons que pour l’année 2008 (travaux non nécessaires, locaux inadaptés, non propriétaire des locaux...), soit déjà lancé un important projet l’année précédente.

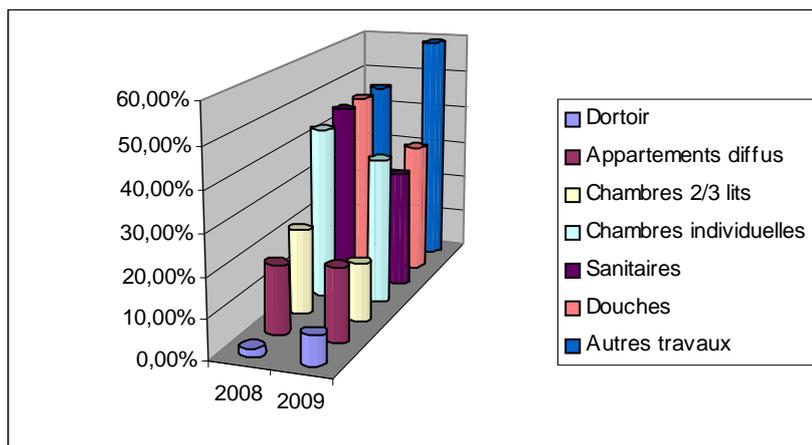
• **Des travaux en 2009 de même type que ceux de 2008 : chambres individuelles, douches et sanitaires.**

Doc. 30. – Nature des travaux à réaliser dans le cadre de l’humanisation en 2009



Interrogés : 161 / Répondants : 27 / Réponses : 54 (Pourcentages calculés sur la base des répondants)

Doc. 31. – Comparatif de la nature des travaux d'humanisation à réaliser entre 2008 et 2009



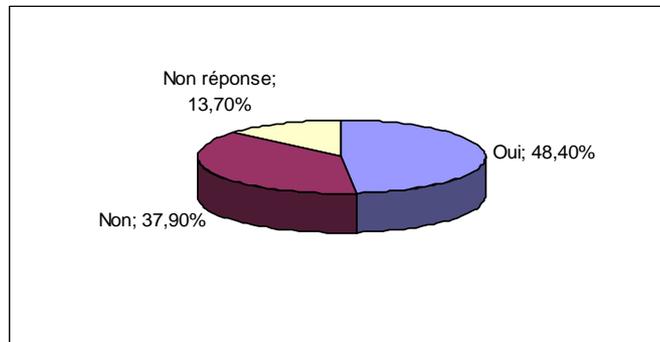
Tout comme les projets d'humanisation de l'année 2008, les travaux envisagés en 2009 se focalisent sur la réhabilitation/création de chambres individuelles, de douches et de sanitaires.

De nombreux autres types de travaux ont été proposés par les centres dans l'optique des projets d'humanisation tels que : la création d'une buanderie/laverie ; l'aménagement d'un jardin ; la rénovation du bâti dans sa totalité ; la sécurisation des locaux ; l'augmentation de la capacité d'hébergement...

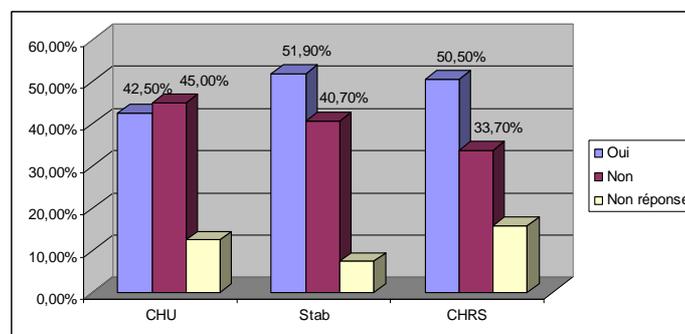
## 6) Le personnel

### • Un besoin assez fort en formation

Doc. 32. – Besoins en formation du personnel sur l'ensemble des centres d'hébergement



Doc. 33. – Besoins en formation du personnel selon les types de d'établissement



Interrogés : 161 / Répondants : 139 ; Lecture : 42,50% des CHU déclarent avoir des besoins en formation du personnel.

Près de la moitié des enquêtés estiment que le personnel a un besoin en formation (48,80 %). Ce sentiment est plus important dans les CHRS (50,50 %) que dans les CHU (42,50 %), ce qui peut être étonnant sachant que les CHRS ont des moyens globalement plus conséquents que les centres d'urgence. Toutefois, le large panel de services offert par les CHRS incite l'équipe à disposer d'importantes connaissances pluridisciplinaires.

Parmi les principaux besoins en formation évoqués, on peut citer :

- la prise en charge des personnes ayant des addictions diverses ou des pathologies multiples ;
- l'appréhension de la maladie psychiatrique ;
- la gestion de la violence ;
- l'actualisation des connaissances liées à l'évolution du secteur social et médico-social ;

D'autres besoins de formation ont été également signalés :

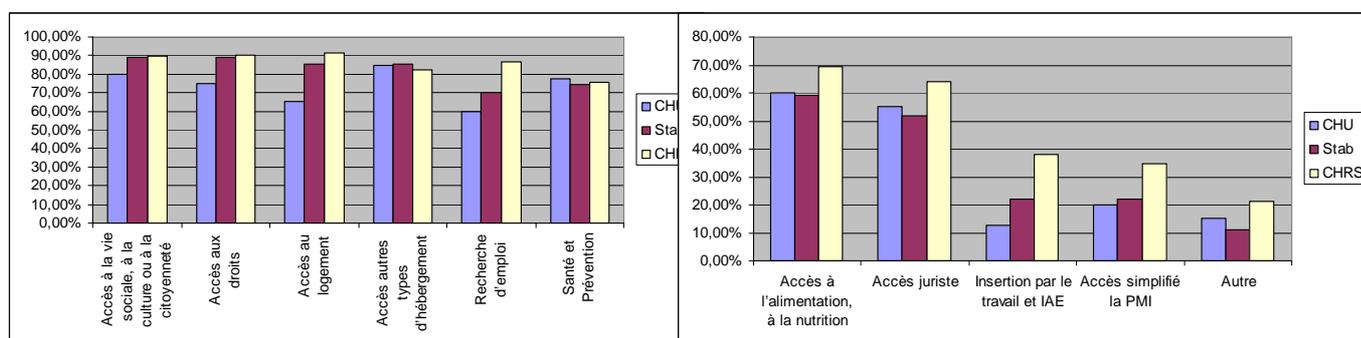
- l'accompagnement des personnes atteintes d'une pathologie chronique invalidante, autre que le VIH, type cancer ou diabète ;
- la parentalité, la médiation familiale ou la garde des enfants pour les centres accueillants des familles ;
- l'entretien individuel avec l'utilisateur ;
- l'adaptation aux nouvelles législations sur l'immigration et le logement ;
- l'accueil des personnes en difficulté pour les gardiens et les agents d'accueil ;
- la gestion du budget avec les résidents, dont ceux ayant de graves souffrances psychiques ;
- la gestion de groupes pour les travailleurs sociaux ;
- la connaissance du public et de certaines problématiques (addictions...) pour les agents administratifs.

Mis à part les besoins en formation, les personnes interrogées mettent l'accent sur :

- un besoin de développement partenarial (santé, hébergement, logement) ;
- un manque de personnel (encadrement, besoin de travailleurs sociaux, psychologue, un médecin) ;
- un manque de moyen financier ;
- la nécessité d'un financement complémentaire sur la prise en charge des enfants de moins de 3 ans, pour créer un mode de garde ;
- l'exigence d'un suivi et d'un accompagnement psychologique des hébergés.

• **Un plus large panel de prestations effectuées par les CHRS comparativement aux CHU**

Doc. 34. – Prestations effectuées par le personnel de l'établissement



Interrogés : 161 / Répondants : 153 / Réponses : 1119 (Les pourcentages sont calculés sur la base des interrogés) ; Lecture : 75% des CHU effectuent des prestations d'accès aux droits.

Les deux graphiques ci-dessus indiquent que l'offre de prestations est plus diversifiée au sein des CHRS que dans les CHU. Les CHRS ont une obligation d'accompagnement social de

« réinsertion » qui les invitent à offrir aux usagers un ensemble de services multidisciplinaires : social, juridique, de santé, de logement, d'emploi, etc.

Les prestations dans les centres d'hébergement sont centrées autour de l'« accès à la vie sociale à la culture ou à la citoyenneté », l'« accès aux droits », l'« accès au logement », l'« accès à d'autres types de logements », la « recherche d'emploi », la « santé et la prévention », l'« accès à l'alimentation » et l'« accès à un juriste ». Si plus d'un tiers des CHRS pratiquent l'insertion par le travail ou l'activité d'IAE, cela est peu développé dans les CHU (12,50 %).

Hormis ces prestations, d'autres sont proposées par les centres telles que : l'aide à la parentalité, des ateliers d'estime de soi, la gestion budgétaire, le suivi psychologique...

- **Les principaux problèmes et difficultés que peut rencontrer le personnel au quotidien**

Les problèmes rencontrés au quotidien évoqués par les personnes interrogées sont :

- la non adhésion des usagers au **projet d'établissement** : le manque d'adhésion à l'accompagnement social pour certaines familles/hébergés ayant accepté au départ pour pouvoir être accueillis ; l'absence aux rendez-vous proposés ; le non-paiement de la participation financière de certains hébergés ;
- La problématique de la **santé** : la difficulté de prise en charge des personnes ayant des problèmes psychiatriques ; le manque de relais face à des pathologies lourdes ; la difficulté dans la gestion des occupants alcoolisés et/ou en souffrance psychologique ; les troubles de la santé mentale de certains résidents ;
- La problématique du **logement** : de moins en moins de possibilités d'orientations ou de sortie adaptée ; le manque de places d'hébergement et de logements (sociaux) ;
- La problématique de la **violence** : les troubles de l'occupation des locaux, situation de violence ; l'insuffisance de personnel pour assurer une bonne sécurité ;
- La problématique du rapport de l'équipe salariée avec les usagers : la difficulté de « tenir la distance » nécessaire avec les usagers ; la nécessité de tenir compte du temps de la réinsertion, pouvant parfois être très long pour des personnes ayant vécu dans l'errance et de nombreuses ruptures ; la mixité des publics à problématiques variables ; l'isolement des personnes ; l'impact de l'inconditionnalité sur le secteur de l'hébergement.

Les difficultés rencontrées résultent : du contexte national (emploi, logement) ; de problèmes partenariaux ; du manque de moyen ; de l'absence de véritables politiques publiques.

Le constat qui a pu en découler est qu'il demeure une forte demande de partenariat, notamment au niveau de la santé où l'orientation vers la prise en charge médicale est très compliquée.

- **Quelques citations d'enquêtés sur les conditions de travail du personnel des centres d'hébergement**

*« La stabilisation amène les usagers à ne plus supporter sur la durée l'hébergement en chambre collective ou en famille. Le temps de stabilisation, qui est sans limite de durée, met en exergue la réalité du peu de chance d'accès à un emploi ».*

*« Les difficultés sont liées en partie à l'inconditionnalité de l'accueil puisque les publics accueillis n'entendent parler du contrat qu'à leur arrivée et que ça n'est pas nécessairement leur choix. Il est clair que le principe de l'inconditionnalité donne lieu à une plus grande motivation pour l'hébergement que pour l'accompagnement social contractuel».*

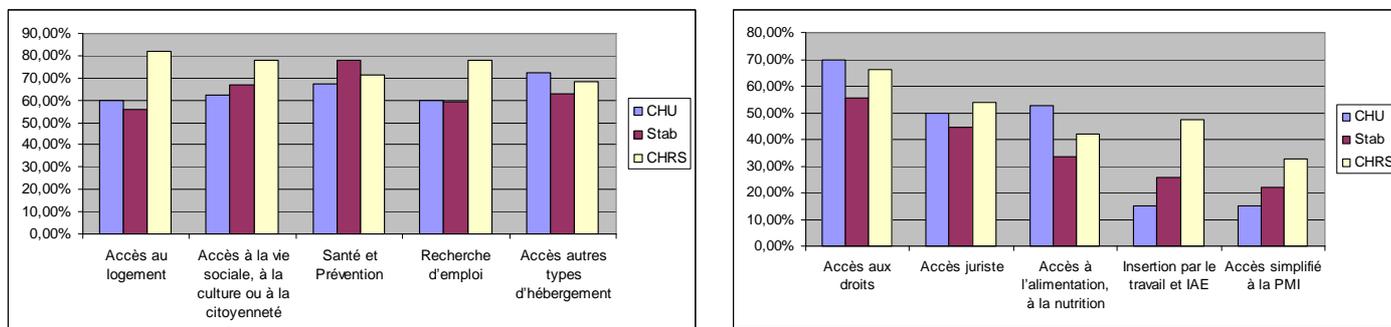
*« La circulaire Vautrin avec son principe de continuité sur la prise en charge des personnes en difficulté a modifié complètement l'accompagnement social des usagers de notre structure. Il nous a fallu développer un autre partenariat pour favoriser les réels projets d'insertion des usagers».*

*« Un réseau de partenaires qui fonctionne demande une attention constante de ceux qui le constituent. Cela signifie un investissement de chaque professionnel impliqué en veillant à ce que l'usager soit au centre de ce réseau, et qu'il soit peu à peu en capacité d'entre être le sujet qui l'anime à défaut d'être l'objet qui le subi».*

## 7) Le partenariat

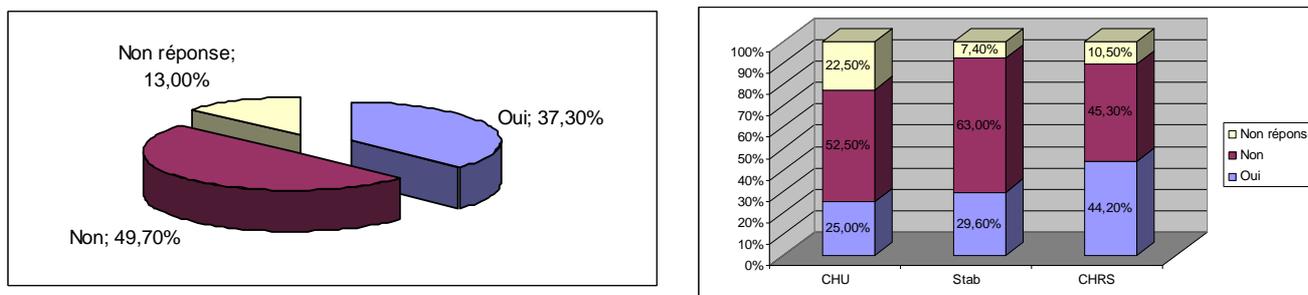
### • Un partenariat développé, mais peu formalisé par convention

Doc. 35. – Les prestations réalisées en partenariat



Interrogés : 161 / Répondants : 149 / Réponses : 939 (Pourcentages calculés sur la base des interrogés) ; Lecture : 60% des CHU ont un partenariat pour l'accès au logement.

Doc. 36. – Partenariat formalisé par une convention



Interrogés : 161 / Répondants : 140 ; Lecture : 25% des CHU ont au moins une convention de partenariat.

Le travail en réseau est important et diversifié, mais rarement formalisé par une convention et reste toujours à améliorer. Comme l'illustre le document n° 36, les prestations réalisées en partenariat sont multiples. Néanmoins, moins de 40 % des établissements ont signé une convention avec un partenaire. Ainsi, le réseau partenarial est, la plupart du temps, informel.

Le partenariat est davantage formalisé par une convention au sein des CHRS que dans les CHU ou les centres de stabilisation : plus de 44 % des CHRS ont au moins une convention de partenariat, alors que c'est le cas de seulement un quart des CHU et moins d'un tiers des CHS. Grâce à leur mode de fonctionnement et de financement plus pérenne, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale peuvent davantage établir des conventionnements avec leurs partenaires.

La situation dans laquelle le partenariat est non conventionné contraint le personnel des centres d'hébergement d'être continuellement dans la démarche « d'aller vers », ce qui nécessite un investissement en temps et en énergie considérable. Il serait peut-être judicieux d'établir des conventionnements définissant des partenariats stables et clairement définis entre l'ensemble des acteurs amenés à collaborer au sein du secteur de l'hébergement et de l'urgence, cela permettrait ainsi à chacun de réaliser un gain de temps.

Paroles aux enquêtés :

« Le partenariat demande une énergie importante et est chronophage dans un contexte où les services de l'État harcèlent les associations et établissements de tableaux répétitifs qui se recourent et de questionnaires tout autant répétitifs alors que tous ces éléments sont dans les rapports d'activité annuels. La dynamique actuelle va nécessairement dans le sens du développement des partenariats», CHRS, Paris

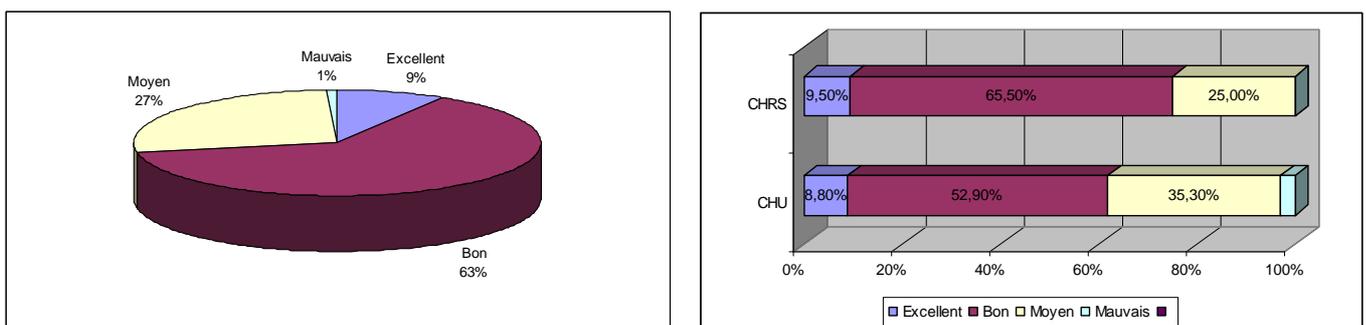
« La construction du partenariat demande beaucoup de temps et de disponibilité ; ce qui pose des difficultés lorsque les profils de poste sont déjà très chargés », CHRS/CHU, Val-de-Marne

« Nous travaillons plus en réseau qu'en partenariat, à l'heure actuelle nous n'avons aucune convention signée avec d'autre structure médico-social », CHRS de stabilisation, Hauts-de-Seine

« En formalisant les partenariats, en prenant plus de temps pour faire des rencontres, des réunions d'échange sur le partenariat lui-même et la possibilité de l'améliorer » ; Centre de stabilisation, Paris

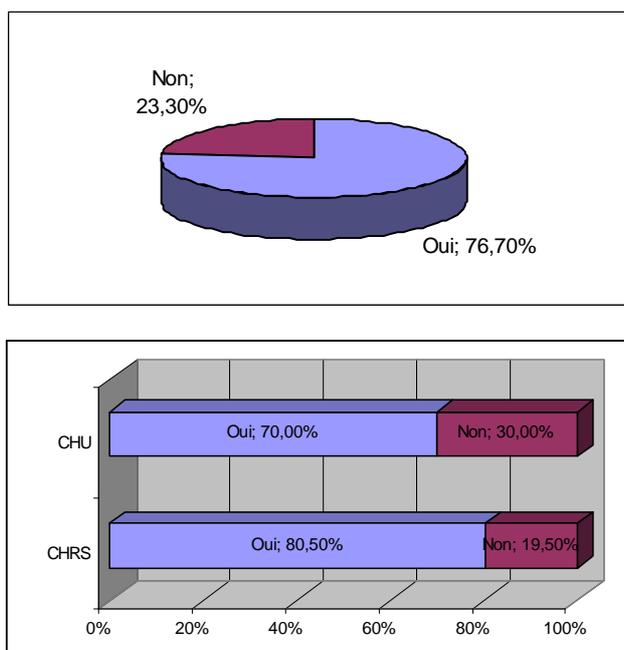
- **Un partenariat jugé de manière positive, mais qui reste à améliorer**

Doc. 37. – État du partenariat



Répondants : 140 ; Lecture : 9,50% des personnes interrogées au sein des CHRS estiment que le partenariat est « excellent ».

Doc. 38. – Besoin d'améliorer le partenariat



Le partenariat est perçu positivement pour une grande majorité des enquêtés : 63% le juge bon, voir même excellent (9%). Néanmoins, plus d'un quart le considère comme moyen et 1% l'estime mauvais. Globalement, le partenariat est jugé plus positivement par les CHRS que par les CHU ; 35% de ces derniers le déclarent comme moyen.

Du fait de ce constat, les  $\frac{3}{4}$  des centres questionnés perçoivent le besoin d'améliorer ce partenariat. Étonnamment, ce sentiment est plus fort au sein des CHRS que dans les CHU (respectivement 80,50% et 70%). Les CHU sont peut-être moins dans la recherche partenariale que les CHRS en raison de leur activité et prestations plus restreintes, focalisées sur l'hébergement et la situation d'urgence de la personne accueillies.

#### Propositions :

Les personnes estimant que le partenariat reste à améliorer proposent :

- d'établir des rencontres partenaires plus régulières entre les différents acteurs prenant en charge le même public ;
- d'organiser des réunions et des groupes de travail ;
- de créer des rapprochements entre les associations ;
- de mettre en place plus de lisibilité dans les actions de chacun des acteurs ;
- de signer des conventions de partenariat ;
- de développer les réseaux en allant à la rencontre des autres.

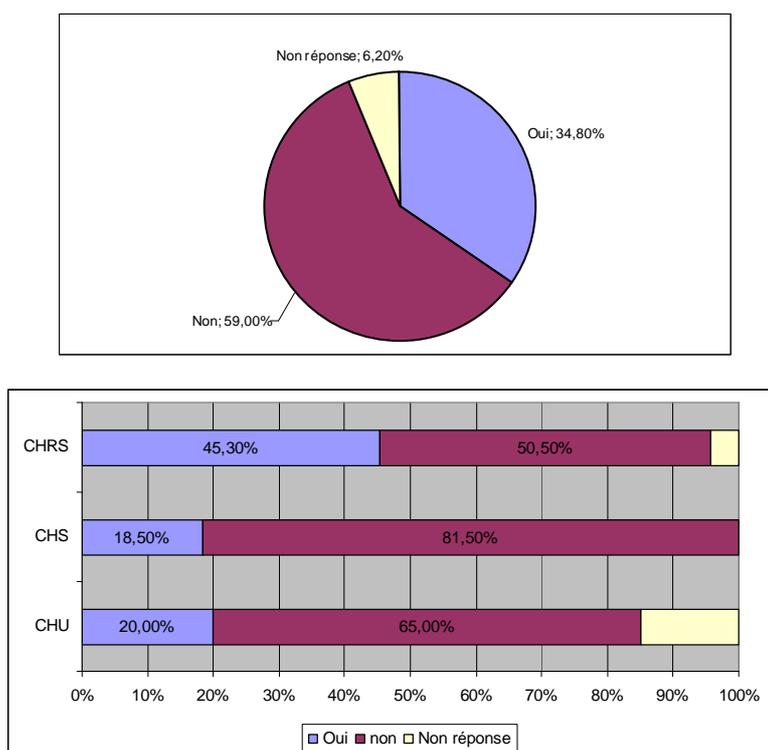
Paroles aux enquêtés :

« À partir de l'évaluation et des priorités dégagées, une mise en lien avec les partenaires concernés est réalisée pour la recherche de solutions adaptées. Par ailleurs, la circulaire du 19 mars 2007 a permis un principe de continuité sur la prise en charge des personnes accueillies au sein de notre structure. Durant l'année 2008, nous avons pris le temps de rencontrer nos partenaires locaux afin de leur expliquer les changements dans l'accompagnement des hébergés et les incidences sur la vie locale. Nous avons pu élaborer un nouveau type de partenariat efficient pour les usagers».

**8) L'accès au logement**

- **Plus d'un tiers des centres d'hébergement en IDF ont un salarié dédié au logement, mais l'accompagnement vers le logement est principalement concentré dans les CHRS**

Doc. 39. – Salarié dédié à l'accès au logement



Interrogés : 161 / Répondants : 151 ; Lecture : 45,30% des CHR ont un salarié dédié à l'accès au logement

Si plus d'un tiers des centres franciliens disposent d'un salarié en charge du logement, cet accompagnement social à l'accès au logement est principalement pratiqué au sein des CHRS : plus de 45 %, contre seulement 20 % dans les CHU, et 18 % des CHS.

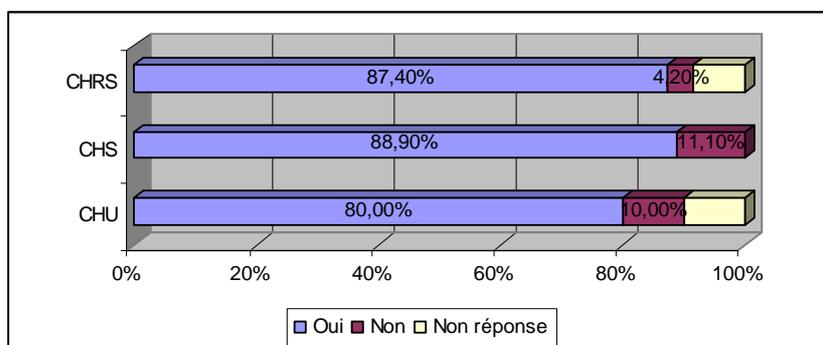
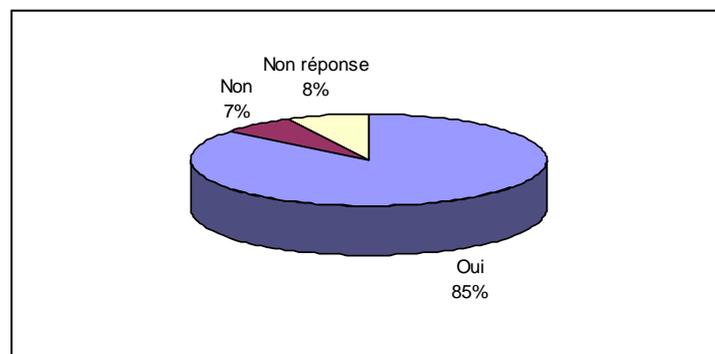
Une grande majorité (85 %) des établissements ont des travailleurs sociaux en capacité de monter des dossiers DALO (cf. doc.40)

Du fait du relogement complexe dans l'espace francilien, les travailleurs sociaux ont parfois l'impression de travailler pour rien, car les situations perdurent. De plus, certains ont mis en avant la lourdeur des projets DALO, qui ne débouchent finalement sur rien de concret et d'immédiat pour les hébergés.

Paroles aux enquêtés :

*« Une chargée de mission relogement est directement en lien avec les institutions réservataires de logement. Elle intervient pour l'ensemble des personnes hébergées en démarches de relogement afin de les orienter vers les dispositifs adaptés à leur situation. L'accompagnement lié au relogement s'effectue en lien avec le travailleur social référent » ; CHRS, Paris*

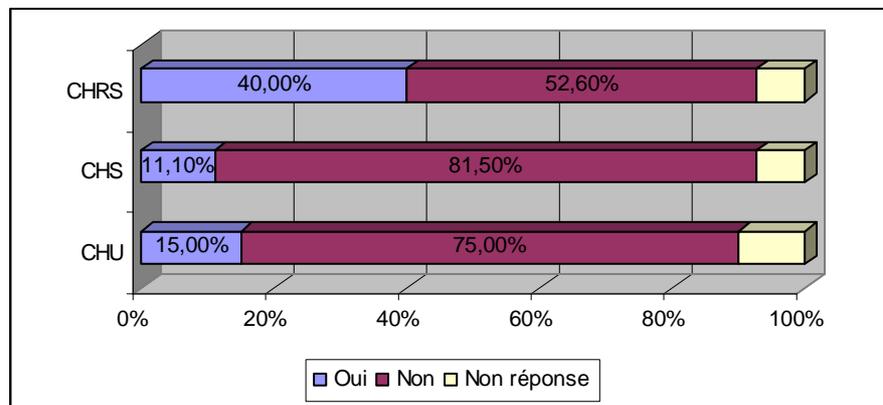
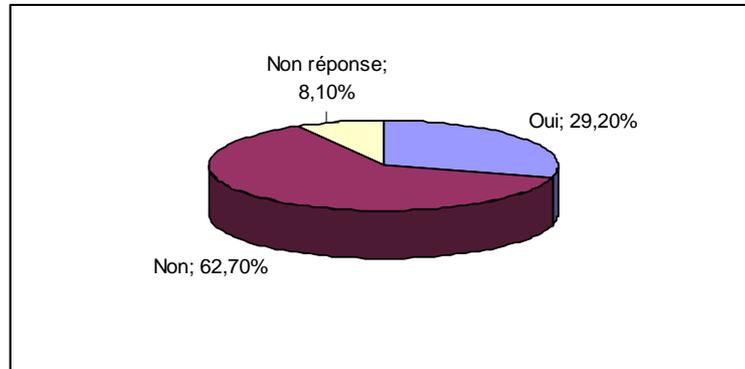
Doc. 40. – Capacité des travailleurs sociaux à monter des dossiers DALO



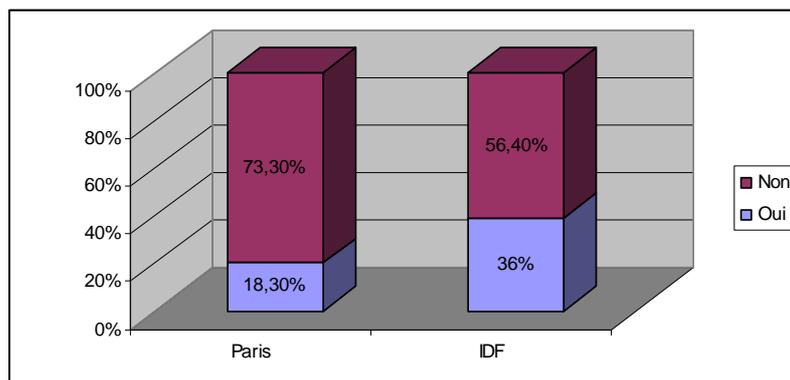
Interrogés : 161 / Répondants : 149 ; Lecture : 85% des centres d'hébergement ont des travailleurs sociaux en capacité de monter des dossiers DALO.

- **Près de 30 % des établissements d’hébergement disposent de liens privilégiés auprès de bailleurs sociaux : des liens principalement concentrés au sein des CHRS**

Doc. 41. – Les centres ont-ils des liens privilégiés avec les bailleurs sociaux



Interrogés : 161 / Répondants : 148 ; Lecture : 40% des CHRS ont des liens privilégiés par les bailleurs sociaux.



Lecture : 73,30% des centres d’hébergement parisiens n’ont pas de liens privilégiés par les bailleurs sociaux ; 56,40% des centres situés hors-paris n’ont pas de liens privilégiés par les bailleurs sociaux.

Si près de 30% des centres d’hébergement ont des liens privilégiés avec les bailleurs sociaux, ce sont principalement les CHRS qui disposent de ce type de partenariat (40% d’entre eux). Cela reste marginal pour les CHU (15 %) et encore davantage pour les centres de stabilisation (11 %).

Les contacts privilégiés avec les bailleurs sociaux sont bien moins présents à Paris que dans les autres départements franciliens : 18,30 % des établissements parisiens, contre 36% des centres franciliens hors Paris.

Parmi les bailleurs sociaux partenaires, ont été cités :

- Sur Paris : SAGECO, Paris Habitat, Immobilière 3F, AXIMMO
- Sur IDF : Valophis, SNL, Versailles Habitat, OPHLM Courbevoie, Osica, Effidis 3F, Colombes Habitat Public

- **Paroles libres, quelques extraits :**

« Je pense que toutes les personnes sans domicile fixe ne doivent pas être orientées vers les centres de stabilisation, car la stabilisation n'est pas adaptée pour tous les publics », CHRS de stabilisation, Yvelines

« Plus de 70 % des familles hébergées dans notre centre relèvent du logement. L'attente est trop longue, le découragement est palpable. », Centre de stabilisation, Paris

« Notre public a plus de 50 ans et il est de plus en plus difficile de trouver une orientation à cette population qui souvent est fragilisée par l'errance avant leur admission dans le centre. Des problèmes de santé ajoutés au manque de revenus ne facilitent guères le travail d'insertion mis en place par les travailleurs sociaux. Il est de plus en plus difficile d'avoir des locaux adaptés aux populations que nous accueillons.... », Centre de stabilisation, Paris

« Trop de structures fonctionnent en circuit fermé à partir du moment où elles font partie d'importantes associations ou de "groupe". Nous avons le sentiment qu'elles n'ont plus d'intérêt à travailler avec de "petites structures". Elles se suffisent à elles-mêmes, le partenariat est donc beaucoup plus difficile à développer, mais à la fois, cela nous pousse à réfléchir régulièrement sur les caractéristiques et les besoins du public reçu. », Centre d'hébergement, Paris

« Le secteur de l'urgence ne peut se cantonner à sa mission première, car la mise à l'abri, seule, ne permet pas la mise en place d'un projet individuel et la citoyenneté. Notre secteur doit défendre ses valeurs et ses budgets afin de travailler à la réinsertion durable des personnes, et ce, sur tous les registres. Nous devons continuer à lutter contre la stigmatisation des personnes accueillies. », CHRS/CHU, Val-de-Marne

« Malgré le sentiment d'impuissance et de révolte devant les difficultés à sortir de la précarité des résidents que nous accompagnons pendant plusieurs mois ; mieux servir et accueillir les personnes, combattre la misère et maîtriser notre environnement reste nos priorités. », CHRS de stabilisation, Paris

« L'exercice 2008 a permis d'expérimenter une année pleine selon la circulaire du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité sur la prise en charge des personnes sans-abri. Désormais, la durée de séjour correspond au temps nécessaire pour qu'une proposition vers une

*structure d'hébergement stable ou de soins ou vers un logement autonome soit faite à l'hébergé. Cette nouvelle disposition a nécessité la continuité des aménagements et des modifications dans la prise en charge des hébergés, l'organisation du quotidien, l'accompagnement social et la mission même de l'établissement. Les conséquences sont plus satisfaisantes pour les hébergés ayant bénéficié de ces nouvelles dispositions : quelques soient leurs situations (sans logis, sans papier, sans travail...) les personnes disposent de plus de temps pour établir de réels projets d'insertion sociale et professionnelle. Cependant, les solutions durables restent difficiles à atteindre (emploi, autonomie, logement) et nécessitent de maintenir une pression suffisante pour réaliser des sorties dans les plus brefs délais. L'intégration de notre structure au sein du « Pôle des 3 CHRS » et la prise en compte d'un nouveau type de prise en charge des personnes dû à la durée des séjours, ont questionné les certitudes, et les pratiques professionnelles. Nous portons toujours une grande attention à repérer les besoins réels des publics en difficulté et à les faire connaître à nos partenaires et à nos financeurs et à trouver, si possible, les moyens pour y répondre. Cependant, tous ces mouvements sont synonymes de changement et de dynamisme pour notre profession et pour le maintien de la qualité de notre mission. », CHU, Yvelines*

#### **IV. Synthèse de l'enquête**

Les résultats de l'enquête ont permis d'élaborer un état des lieux du secteur de l'hébergement francilien :

- Un tiers des centres d'hébergement ont des capacités d'accueil supérieures au seuil maximal des 50 places fixé comme nouvelle norme par la *circulaire du 5 mars 2009 relative à l'hébergement*. Il faudrait réfléchir à des travaux d'humanisation afin de donner à ces structures une taille plus humaine (30 à 50 personnes maximum).
- Les modes de financement des établissements sont très hétérogènes du fait des différences de statut (CHRS, CHU). Il semble nécessaire d'harmoniser et de rationaliser le financement de l'hébergement. Les CHU et les CHS devraient bénéficier, au même titre que les CHRS, d'une dotation globale de financement.
- Les principes d'inconditionnalité et de continuité ne sont pas toujours inscrits dans le fonctionnement des établissements. Ces principes doivent être pensés dans le cadre d'une complémentarité des acteurs du réseau afin de n'exclure aucun sans-domicile.
- Les travaux d'humanisation en cours concernent principalement l'aménagement des dortoirs, des chambres, des douches et des sanitaires. Il faut continuer ces transformations qui vont dans le sens du respect de la dignité, de l'intimité et de la sécurité des personnes accueillies.
- Le personnel des centres souffre d'un manque de formation, notamment le personnel accueillant qui ne dispose pas forcément des qualifications pour gérer des personnes pouvant avoir diverses addictions et pathologies. L'humanisation du secteur de l'hébergement doit passer par une qualification du personnel, qu'il soit salarié ou bénévole, afin d'améliorer l'accueil des personnes.
- Le partenariat est un moyen pour le secteur d'hébergement d'offrir le plus large panel de prestations aux usagers. Si le partenariat est plutôt bon dans l'ensemble, le besoin de l'améliorer et de le formaliser demeure.

Au-delà de ses propres carences (défaut de coordination entre les acteurs, manque de qualification du personnel, mauvaises conditions d'hébergement...), le secteur de l'hébergement subit de plein fouet l'insuffisance de logements sociaux. L'absence de solutions vers le logement conduit à scléroser le secteur de l'hébergement. La construction de logements très sociaux et de maisons relais est l'une des clés de la reprise d'une fluidité du circuit de l'hébergement.

Index des abréviations

<b>AHI :</b>	Accueil Hébergement Insertion
<b>CASVP :</b>	Centre d'Action Social de la Ville de Paris
<b>CHRS :</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<b>CHS :</b>	Centre d'Hébergement de Stabilisation
<b>CHU :</b>	Centre d'Hébergement d'Urgence
<b>DAHO :</b>	Droit À l'Hébergement Opposable
<b>DALO :</b>	Droit Au Logement Opposable
<b>DASS :</b>	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DGAS :</b>	Direction Générale des Affaires Sociales
<b>DGF :</b>	Dotation Globale de Fonctionnement
<b>DRASS :</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DRASSIF :</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Ile de France
<b>ETHOS :</b>	European Typology on Homelessness and housing exclusion
<b>FEANTSA :</b>	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
<b>FNARS :</b>	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
<b>FSE :</b>	Fonds Social Européen
<b>GOCHU :</b>	Groupe Opérationnel de Coordination de l'Hébergement d'Urgence
<b>IAE :</b>	Insertion par l'Activité Economique
<b>IDF :</b>	Ile-de-France
<b>IGAS :</b>	Inspection Général des Affaires Sociales
<b>MIPES :</b>	Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale
<b>MOC :</b>	Méthode Ouverte de Coordination
<b>PARSA :</b>	Plan d'Action Renforcé en direction des Personnes Sans-Abri
<b>SDF :</b>	Sans-domicile Fixe