



N° 4129

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2016.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de finances pour 2017*,

TOME I

ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET LOGEMENT
HÉBERGEMENT, PARCOURS VERS LE LOGEMENT ET
INSERTION DES PERSONNES VULNÉRABLES

PAR MME DOMINIQUE ORLIAC,

Députée.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : **4061, 4125** (annexe n° 23).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LES CRÉDITS DU PROGRAMME 177	7
A. UN PROGRAMME BUDGÉTAIRE SUR-SATURÉ ET PEU LISIBLE	7
1. La question récurrente de la sincérité budgétaire de l'action 12, principale action du programme.....	8
a. L'unité budgétaire « Veille sociale » : un accroissement des besoins	8
b. L'unité budgétaire « Hébergement d'urgence » largement ré-abondée.....	8
2. La difficulté à limiter les nuitées hôtelières	10
B. DES CRÉDITS POUR 2017 EN NETTE PROGRESSION	11
1. L'action 12 « Hébergement et logement adapté » représente 96 % des crédits du programme 177 et absorbe l'intégralité de la hausse de crédits 2017.....	11
a. Une augmentation des capacités d'accueil.....	11
b. En 2017, une hausse des crédits essentiellement destinée à l'hébergement d'urgence.....	13
i. La veille sociale	13
ii. L'hébergement d'urgence	13
iii. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	14
c. Les dispositifs développant des modes de logement adapté, « parent pauvre » de l'augmentation des crédits.....	14
2. Les crédits des autres actions sont quasiment stables.....	15
a. Les crédits de l'action 11 « Prévention de l'exclusion » diminuent légèrement	15
b. Les crédits de l'action 14 « Conduite et animation des politiques de l'hébergement et de l'inclusion sociale » sont stables	16
3. La maquette de performance du programme 177 requiert une constante évolution .	17
a. La modification de l'indicateur mesurant le suivi de la contractualisation pluriannuelle entre les opérateurs locaux et l'État.....	17
b. La création souhaitable d'un nouvel indicateur de performance relatif à la montée en puissance des SIAO	17

II. LA SANTÉ, LA GRANDE OUBLIÉE DE L'HÉBERGEMENT D'URGENCE ?	19
A. LES QUESTIONS DE LA SANTÉ ET DE L'INSERTION DANS LE LOGEMENT DES PERSONNES VULNÉRABLES SONT ÉTROITEMENT LIÉES	19
1. Le constat d'une plus grande fragilité	19
a. L'enquête SAMENTA	19
i. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou d'addictions	19
ii. Les jeunes de 18-25 ans, leur santé mentale et les addictions	21
b. L'absence de prise en compte de la souffrance psychique	21
2. Les dispositifs existants en matière de santé	22
a. Une obligation légale	22
b. Les structures existantes	23
i. Une insuffisance de personnel médical et paramédical dans les CHR	23
ii. Les dispositifs mobilisables hors hébergement	23
3. La place particulière des addictions : la double peine	27
B. LES PISTES DE RÉFORMES EN MATIÈRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE ET DE SANTÉ (EN PARTICULIER DE SANTÉ PSYCHIQUE) SE DÉCLINENT EN TROIS AXES : DÉCLOISONNER, FORMER, PRÉVENIR	28
1. Décloisonner les dispositifs d'hébergement et ceux de la santé	28
a. Mieux utiliser et mieux coordonner les outils existants	28
i. Des outils formidables, dont le lien avec la santé reste à créer	28
ii. Vers une meilleure coordination	29
b. « Un chez soi d'abord » : une expérimentation à généraliser	30
2. Mieux former les professionnels	32
3. Mettre l'accent sur prévention	33
a. Faciliter les actions d'« aller vers » des CMP et des EMPP	33
b. Cibler les jeunes	35
c. Intégrer les activités de prévention aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)	36
TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
EXAMEN DES CRÉDITS	37
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS	39

INTRODUCTION

Depuis l'année dernière, le programme 177 s'intitule « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables », traduisant ainsi une volonté de recentrage sur les missions d'hébergement et d'accompagnement vers le logement dont il regroupe une partie des crédits, en l'occurrence ceux dévolus aux personnes en situation de grande vulnérabilité, sans-abri ou mal logées. Les crédits du programme 177 se déclinent en trois actions :

– l'action 11, « Prévention de l'exclusion », rassemble les crédits destinés à des actions de prévention des situations de rupture pour des personnes âgées ou en situation de handicap, souvent sans domicile. Ils contribuent également à des actions d'accès au droit, d'information, d'aide à l'insertion et de prévention de l'exclusion, en particulier en direction des gens du voyage ; ils comprennent des aides à l'aménagement des aires d'accueil. Cette action se subdivise en deux unités budgétaires : « Allocation et dépenses d'aide sociale » et « Actions de prévention et accès aux droits » ;

– l'action 12, « Hébergement et logement adapté », regroupe les crédits contribuant à la politique d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, ainsi que d'accompagnement individualisé vers l'autonomie par une insertion sociale et professionnelle durable. Ce financement intègre les crédits du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale initié en 2013, permettant de mettre en œuvre et de renforcer les dispositifs assurant l'hébergement (en hôtel ou en structures d'hébergement) des personnes sans-abri ou mal logées, ainsi que le développement des différentes formes de logement accompagné (résidences sociales, maisons relais, intermédiation locative, AVDL et ALTI⁽¹⁾). Cette action se subdivise en quatre unités budgétaires : « Veille sociale », « Hébergement d'urgence », « CHRS »⁽²⁾, « Logement adapté » et se caractérise par une déclinaison fortement territoriale ;

– l'action 14, « Conduite et animation des politiques de l'hébergement et de l'inclusion sociale », réunit les crédits permettant de financer principalement des actions d'animation, d'évaluation d'impact des politiques publiques et d'élaboration d'outils de gouvernance, ainsi que la poursuite des appels à projets innovants mis en place dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Ces crédits s'élèvent à 1,739 milliard d'euros dans le projet de loi de finances pour 2017, contre 1,440 milliard d'euros dans le projet de loi de finances pour 2016, soit une hausse de près de 21 % (18 % en tenant compte du nouveau périmètre). L'insuffisance récurrente d'abondement des crédits du programme 177 en loi de finances initiale invite toutefois à relativiser cette augmentation.

(1) *Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) et allocation de logement temporaire 1 (ALTI)*.

(2) *Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*.

En outre, le clivage persiste, entre la réponse à l'urgence d'une part, et l'accompagnement vers l'insertion d'autre part : les ressources sont une fois encore nettement absorbées par l'hébergement d'urgence. Cet objectif du programme, qui vise à permettre aux personnes en situation d'exclusion de faire face à l'urgence, est ainsi mobilisé au détriment des dispositifs permettant une insertion plus durable des personnes dans le logement.

L'an passé déjà, la rapporteure avait souligné que seule une augmentation drastique du nombre de places en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et en logement adapté permettrait le retour vers le logement du public concerné. Par conséquent, si la rapporteure pour avis ne peut que se féliciter de la hausse substantielle des crédits en loi de finances initiale, elle regrette toutefois qu'ils continuent à s'inscrire prioritairement dans une logique de réaction à l'urgence et à l'actualité, au détriment d'une vision à plus long terme.

La rapporteure a choisi de consacrer la partie thématique de son avis budgétaire à la problématique cruciale des questions de santé en hébergement d'urgence : une prise de conscience des besoins dans ce domaine est nécessaire, afin de commencer à remédier au déficit de réponses en la matière, en particulier s'agissant de la santé mentale. L'état de santé des populations en situation de précarité visées par le programme est en effet plus dégradé que l'état de santé de la population générale. Les constats clés en matière de santé des personnes sans domicile sont les suivants ⁽¹⁾ :

– un cumul de difficultés (troubles psychiatriques, addictions, précarité financière, fragilité sanitaire, etc.) ;

– les problématiques de santé et les sorties d'institutions non anticipées figurent parmi les principales causes de rupture de parcours d'hébergement et logement ;

– les personnes souffrant de troubles psychiatriques et/ou d'addictions sont parmi les publics considérés comme présentant les parcours les plus complexes en termes d'hébergement et de maintien dans le logement.

Les personnes sans-abri connaissent en effet des problématiques de santé particulières, qui justifient une attention portée à ces questions au sein des établissements d'hébergement d'urgence (CHU) ou des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Elles sont en outre confrontées à des difficultés persistantes d'accès aux soins. Ce phénomène apparaît comme la résultante de plusieurs facteurs, d'ordre culturel, organisationnel et découle de la complexité de certaines procédures. Une meilleure coordination entre les secteurs de la santé et du social constitue un préalable indispensable à toute amélioration.

(1) *Données issues des diagnostics à 360° du sans-abrisme au mal logement établis par les services déconcentrés de l'État avec leurs partenaires.*

I. LES CRÉDITS DU PROGRAMME 177

A. UN PROGRAMME BUDGÉTAIRE SUR-SATURÉ ET PEU LISIBLE

Le programme budgétaire 177 est régulièrement plus que saturé, puisque la consommation des crédits s'avère systématiquement supérieure à celle autorisée en loi de finances initiale. L'exécution des crédits en 2015 n'échappe pas à cette règle : 1,366 milliard d'euros avaient été inscrits en loi de finances initiale, et 1,590 milliard d'euros ont finalement été consommés, soit un dépassement de plus de 16 %.

Les leçons semblent enfin avoir été tirées de cette sous dotation initiale récurrente, et la rapporteure se félicite à cet égard que les remarques qu'elle avait émises l'année dernière aient été prises en considération. Elle espère que l'augmentation des crédits prévue en loi de finances pour 2017 permettra enfin de remédier à cette situation.

Dans l'attente, force est de constater que l'analyse des dépenses 2015 du programme 177 témoigne d'une progression de 15 % des crédits destinés à l'hébergement d'urgence (dont 12 % de crédits hôteliers), qui pour la plupart ne permettent pas d'assurer un accompagnement de la personne, tandis que les crédits dévolus à l'hébergement d'insertion stagnent.

PROGRAMME 177 : CRÉDITS OUVERTS ET CRÉDITS CONSOMMÉS EN 2015

(en euros)

Numéro et intitulé de l'action	Prévision LFI 2015	Consommation 2015
11 – Prévention de l'exclusion	60 911 798	65 020 323 ⁽¹⁾
12 – Hébergement et logement adapté	1 289 364 935	1 508 951 894
14 – Conduite et animation des politiques de l'hébergement et de l'inclusion sociale	15 683 600	17 302 706 ⁽²⁾
Total	1 365 960 333	1 590 260 397

(1) Le principal écart entre les crédits ouverts et les crédits consommés de l'action 11 correspond à 3,4 millions d'euros de dépenses exécutées au niveau déconcentré sur la ligne « Autres actions de prévention de l'exclusion », alors qu'aucun crédit n'avait été programmé. Cette situation se justifie notamment par l'imputation des crédits dédiés aux diagnostics individualisés (1,5 million d'euros) suite aux évacuations de campements illicites, mesure issue du Plan pauvreté.

(2) Sur l'action 14, le différentiel s'explique essentiellement par la mise en place d'outils d'ingénierie et de gouvernance, notamment l'appui à la réalisation de schémas, le développement de la participation des usagers et la mise en place d'un outil informatique unique, ainsi que par le financement de la campagne de promotion du dispositif SOLIBAIL (visant à capter des logements supplémentaires loués à des associations agréées afin d'y loger des familles à revenus modestes actuellement hébergées à l'hôtel) et par le financement d'actions d'accompagnement à la mise en œuvre des politiques nationales en matière d'hébergement et d'accès au logement dans quatre régions.

Source : RAP et réponses au questionnaire budgétaire

1. La question récurrente de la sincérité budgétaire de l'action 12, principale action du programme

S'agissant de l'action 12 « Hébergement et logement adapté », qui constitue l'action clef du programme 177, d'importants écarts sont constatés entre les crédits inscrits en loi de finances initiale, et les dépenses de l'exercice 2015. Les unités budgétaires concernées sont la « veille sociale » et l'« hébergement d'urgence », en raison principalement de l'accueil des réfugiés. À cet égard la rapporteure pour avis tient à souligner – comme elle l'a déjà fait l'an passé et contrairement à une idée reçue – qu'il n'existe aucune concurrence entre les personnes sans abri de nationalité française et celles d'origine étrangère.

a. L'unité budgétaire « Veille sociale » : un accroissement des besoins

Les crédits programmés en loi de finances initiale (87,8 millions d'euros) ont fait l'objet de dotations complémentaires dans le cadre du décret d'avance du 23 octobre 2015 et de mouvements internes, soit un montant total de crédits disponibles de 92,5 millions d'euros. L'exécution s'est quant à elle élevée à 120,6 millions d'euros, soit un écart de 28,1 millions d'euros par rapport aux crédits disponibles et de 11,5 millions d'euros par rapport à l'exécution 2014.

Cet écart important s'explique par des besoins supplémentaires et par des redéploiements internes réalisés en cours de gestion afin de faire face à l'accroissement des besoins de prise en charge de personnes sans domicile, notamment lors de l'accueil par le biais des SIAO ⁽¹⁾, des 115 ou des accueils de jour.

En effet, la hausse des flux et les spécificités des publics accueillis (femmes avec enfants et personnes à droits administratifs incomplets) restent très largement indépendantes des capacités de pilotage du programme et s'imposent à lui conformément aux principes d'inconditionnalité de l'accueil et de continuité de prise en charge. Ainsi, l'augmentation de ces dépenses au regard de 2014 est très sensible dans les régions fortement impactées par les flux de migrants, notamment en Nord-Pas-de-Calais (+ 6,3 millions d'euros pour le centre d'accueil Jules Ferry à Calais) et en Ile-de-France (+ 5 millions d'euros, en raison du renfort déployé sur les SIAO au titre des écoutants 115 et de l'évaluation sociale dans le cadre du plan de réduction des nuitées hôtelières).

b. L'unité budgétaire « Hébergement d'urgence » largement ré-abondée

Les crédits programmés en loi de finances initiale (383,2 millions d'euros) ont fait l'objet d'une opération de préfinancement à partir des crédits avancés au titre de l'ALT afin de procéder à des délégations pour les régions les plus en tension. Cette unité budgétaire a également fait l'objet d'un abondement supplémentaire suite aux deux décrets d'avance intervenus au cours du dernier trimestre 2015. L'exécution 2015 s'élève ainsi à 547,4 millions d'euros, soit un

(1) Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO).

écart de 72,2 millions d'euros par rapport à l'exécution 2014 (+ 15 %) et de 164,3 millions d'euros par rapport à la loi de finances initiale pour 2015.

Cet écart se justifie par la spécificité de ce programme, qui contribue à assurer l'accueil et l'hébergement d'urgence de personnes sans abri ou en détresse, accueil et hébergement que le législateur a rendu inconditionnels (articles L. 345-2-2 et L. 345-2-3 du code de l'action sociale et des familles), et dont les flux sont difficilement maîtrisables car très sensibles à la conjoncture.

Code de l'action sociale et des familles

Article L. 345-2-2

« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence.

Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptibles de lui apporter l'aide justifiée par son état, notamment un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un hébergement de stabilisation, une pension de famille, un logement-foyer, un établissement pour personnes âgées dépendantes, un lit halte soins santé ou un service hospitalier. »

Article L. 345-2-3

« Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès 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, adaptés à sa situation. »

L'exercice 2015 a, davantage encore que les années précédentes, été largement affecté par une demande en hébergement plus élevée que prévue. Dans le cadre des circulaires interministérielles des 22 juillet et 9 novembre 2015, il a ainsi été demandé de réserver un accueil digne aux demandeurs d'asile et aux personnes ayant accédé au statut de réfugié et à la protection subsidiaire. Aux termes des décisions prises par le Conseil de l'Union européenne, le Gouvernement s'est de fait engagé à accueillir en France 30 700 demandeurs d'asile au cours des deux ans à venir.

L'accroissement des nuitées hôtelières (+ 12 % par rapport à l'exécution 2014) est très relativement maîtrisé et justifié par la prise en charge d'un public constitué essentiellement de familles avec des enfants en bas âge. L'Île-de-France concentre à elle seule 356,87 millions d'euros des dépenses d'hébergement d'urgence (65 % du montant total des régions) dont 200,76 millions d'euros au titre des nuitées hôtelières. La limitation des nuitées hôtelières demeure toutefois une question récurrente du programme 177.

2. La difficulté à limiter les nuitées hôtelières

Depuis plusieurs années, le recours aux nuitées hôtelières a connu une forte croissance : le volume de nuitées hôtelières est ainsi passé de 20 727 fin 2012 à 37 963 trois ans plus tard, soit une hausse de plus de 83 % ⁽¹⁾.

Les nuitées hôtelières sont conçues comme une solution d'urgence pour faire face à la pression constante qui s'exerce sur les structures d'hébergement pérennes. Aujourd'hui le recours à l'hôtel est devenu un levier majeur pour répondre aux besoins d'hébergement, et ce bien que les conditions de vie à l'hôtel ne soient pas adaptées aux besoins des populations hébergées (notamment les femmes avec enfants) d'un point de vue social, médical ou psychique.

Bien que le recours à l'hôtel ne soit pas homogène selon les territoires et selon qu'il s'agisse de grandes métropoles urbaines ou non ⁽²⁾, les situations d'urgence aboutissent fréquemment à une solution d'hébergement dans le dispositif hôtelier, quelle que soit la région concernée.

Le Gouvernement s'est engagé dans un processus visant à réduire le recours à l'hôtel. Le plan triennal 2015-2017 de réduction des nuitées hôtelières doit privilégier des solutions qualitatives adaptées à la situation des personnes et notamment des familles avec enfants. Ce plan prévoit ainsi d'éviter, au titre du programme 177, 10 000 nuitées hôtelières sur trois ans par rapport au tendancier attendu de progression des nuitées et de créer en parallèle 9 000 places en intermédiation locative, 1 500 places en maison-relais/pensions de famille et en résidences sociales et 2 500 places d'hébergement d'urgence pour les familles. Son objectif est de répondre à la situation particulièrement préoccupante de l'Ile-de-France et des grandes métropoles mais aussi de traiter de territoires où le recours à l'hôtel est de moindre importance. Il a vocation à permettre une modification du parc d'hébergement au profit de solutions plus appropriées et qui peuvent, pour certaines, être moins coûteuses que l'hôtel. Les objectifs régionaux du plan en termes d'alternatives à l'hôtel seront élaborés en tenant compte des caractéristiques de la population accueillie et des solutions alternatives déjà existantes.

Au-delà des objectifs relatifs à l'inflexion de la courbe de progression des nuitées hôtelières, la réussite du plan est conditionnée à une amélioration de la fluidité entre les différents dispositifs d'hébergement. C'est l'amélioration des taux de sortie vers le logement adapté qui permet, en plus des alternatives créées dans le cadre du plan, de réduire durablement le recours à l'hôtel.

L'utilité des nuitées hôtelières est, certes, incontestable. Cependant, celles-ci n'offrent pas de solution vers un parcours durable des personnes

(1) Résultats de l'enquête semestrielle « capacité » conduite par la DGCS auprès des services déconcentrés en charge des questions d'hébergement.

(2) Ce phénomène est en effet très concentré sur quatre régions : l'Ile-de-France qui concentre à elle seule 86 % des nuitées hôtelières, la Lorraine, Rhône-Alpes et la Basse-Normandie.

vulnérables vers le logement. La rapporteure souhaiterait à cet égard qu'un effort plus important d'accompagnement vers le logement soit effectué en direction des personnes en situation précaire.

B. DES CRÉDITS POUR 2017 EN NETTE PROGRESSION

Les crédits du programme 177 s'élèvent à 1,739 milliard d'euros en 2017, contre 1,440 milliard d'euros dans le projet de loi de finances initiale pour 2016, soit une hausse de près de 21 %. Toutefois, la dotation 2017 du programme 177 tient compte d'une mesure de périmètre positive à hauteur de 39,5 millions d'euros, liée au transfert à l'État de la part des allocations de logement temporaires (ALT1) actuellement financée par la sécurité sociale. Toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation budgétaire annuelle équivaut donc à 18 %. Cette progression budgétaire est essentiellement destinée à l'hébergement d'urgence : il s'agit de répondre aux besoins conjoncturels, notamment à ceux directement liés à la crise migratoire.

1. L'action 12 « Hébergement et logement adapté » représente 96 % des crédits du programme 177 et absorbe l'intégralité de la hausse de crédits 2017

a. Une augmentation des capacités d'accueil

Les crédits prévus en 2017 sur l'action 12 « Hébergement et logement adapté » augmentent de 29 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2016, soit une progression très importante de 379,6 millions d'euros, permettant à la fois de faire face à la hausse des besoins en matière d'hébergement d'urgence et d'assurer le développement de places en logement adapté.

Les dispositifs du secteur dit « Accueil, Hébergement, Insertion » (AHI) sont destinés aux personnes en grande difficulté sociale nécessitant une aide globale pour leur permettre d'accéder au logement et de retrouver leur autonomie.

Le contexte économique a conduit à la mobilisation de moyens supplémentaires importants à destination de ces dispositifs dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté début 2013. Il a permis une augmentation durable des capacités d'accueil, que ce soit en termes d'hébergement d'urgence ou de logement adapté. Le nombre de places d'hébergement a ainsi augmenté de 20,3 % entre 2013 et 2015.

Pour autant, la pression sur le parc d'hébergement d'urgence est restée forte en 2015 et 2016.

En outre, dans la continuité de la pérennisation de 2 000 places hivernales à la sortie de l'hiver 2014-2015, 2 300 places supplémentaires ont été ouvertes en 2016 suite à l'annonce de la ministre du logement et de l'habitat durable du 29 mars 2016. Cette mesure vise à réduire d'autant le nombre de remises à la rue

des personnes hébergées au titre de la période hivernale. La fin de la gestion saisonnière, qui est un des objectifs inscrits dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, prévoit qu'aucune personne ne soit remise à la rue à l'issue de la période hivernale sans accompagnement social et que tout soit fait pour assurer le principe de continuité de la prise en charge, notamment des familles.

Le nombre de places d'hébergement hors CHRS est en forte hausse depuis 2010 : on comptait 31 846 places offertes dans les centres d'hébergement au 31 décembre 2015, contre 30 537 au 31 décembre 2014, soit une progression de 1 309 places. La hausse entre 2010 et 2015 s'élève ainsi à 13 253 places. Dans le même temps, on constate une évolution des capacités en hébergement hôtelier avec 24 014 places ouvertes en cinq ans.

Malgré l'effort financier réalisé et la hausse substantielle des capacités d'accueil, les dispositifs d'hébergement d'urgence continuent d'être fortement sollicités. Dans de nombreux départements, en particulier les plus urbanisés, le dispositif d'hébergement généraliste doit faire face à des flux migratoires difficilement maîtrisables et très sensibles à la conjoncture. La prise en charge de familles avec des enfants en bas âge rend nécessaire une certaine adaptation du parc. L'augmentation des publics à situations administratives complexes (demande de titre de séjour en cours, déboutés de la demande d'asile ou de titre de séjour) explique le recours aux places d'hôtel, leur situation ne permettant pas de les orienter vers le logement adapté.

Capacités financées au 31 décembre 2015

Parc d'hébergement généraliste

- 42 176 places en CHRS ;
- 25 691 places en hébergement d'urgence hors CHRS ;
- 1 898 places en hébergement d'insertion hors CHRS ;
- 4 257 places en hébergement de stabilisation hors CHRS ;
- 37 962 places en hôtels ;
- 568 places en résidences hôtelières à vocation sociale.

Au total, ces différentes formes d'hébergement représentent 112 552 places (hors places ouvertes de manière temporaire), soit une hausse de 8 % par rapport à fin 2014 (+ 8 686 places supplémentaires en un an).

Parc en logement adapté

- 14 843 en pensions de famille ;
- 25 575 en intermédiation locative ;
- 65 608 en foyers de travailleurs migrants ou de jeunes travailleurs ;
- 112 867 en résidences sociales hors pensions de famille.

Le nombre de places cumulées s'élève à 218 893 fin 2015.

b. En 2017, une hausse des crédits essentiellement destinée à l'hébergement d'urgence

i. La veille sociale

L'enveloppe attribuée à la veille sociale en 2017 s'élève à 121,7 millions d'euros, soit une hausse sensible de 35 % par rapport à la loi de finances pour 2016.

Cette progression permettra de faire face à l'augmentation des flux et à la prise en charge et à l'orientation de publics spécifiques (femmes avec enfants et personnes aux droits administratifs incomplets).

Cette enveloppe permet également de financer la démarche de consolidation des SIAO, outils fondamentaux de coordination et d'observation sur les territoires, ainsi que la convergence vers une organisation commune à l'ensemble des départements, sous forme d'un SIAO unique intégrant le 115.

ii. L'hébergement d'urgence

Pour tenir compte des tensions, les crédits consacrés aux dispositifs d'hébergement d'urgence s'élèvent à 617,8 millions d'euros en 2017, soit une hausse de 28 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2016 (+ 135 millions d'euros).

Ces moyens prennent en compte la pérennisation des 2 300 places d'hébergement d'urgence ouvertes à l'hiver 2015-2016, ainsi que les effets du plan de résorption des nuitées hôtelières (avec notamment l'ouverture en 2017 de près de 850 places supplémentaires en CHU pour des familles).

En outre, dans le cadre de la création d'un système d'orientation national, à destination des migrants en transit sur les places parisienne et calaisienne afin de desserrer les tensions existantes, 3 000 places d'hébergement d'urgence en centres d'accueil et d'orientation (CAO) viendront renforcer l'offre mise en place au début de l'année 2016, portant à 5 000 le nombre de places sur l'ensemble du territoire.

Pour faire face à la crise migratoire qui accentue la tension sur l'hébergement, plusieurs réponses ont en effet été apportées par le Gouvernement. La participation de la France aux programmes européens de relocalisation et de réinstallation devra en effet se traduire par l'accueil et la prise en charge d'ici à fin 2017 de près de 30 000 personnes relocalisées en provenance des hotspots de Grèce et d'Italie, dont 10 000 personnes d'origine syrienne en provenance du Liban, de Jordanie et de Turquie. Dans le même temps, la France doit faire face à l'amplification de flux spontanés sur son territoire. Pour desserrer la pression migratoire concentrée essentiellement sur l'Ile-de-France et le Pas-de-Calais, près de 2 000 places ont été créées dans les 148 centres d'accueil et d'orientation (CAO) ouverts depuis l'automne 2015, réparties sur l'ensemble du territoire

national, qui ont permis d'accueillir plus de 4 700 personnes (instructions du 9 novembre 2015 et du 22 janvier 2016 relatives à la création de centres de mise à l'abri pour les migrants de Calais et à leur mise en œuvre). 3 000 places supplémentaires devraient être créées d'ici l'automne 2016 afin de permettre d'atteindre un parc de 5 000 places de CAO dédié à un système d'orientation nationale. Cette mesure est destinée à structurer un dispositif d'accueil et de prise en charge de qualité, ainsi qu'à mieux maîtriser ses coûts. Pour permettre la mise à l'abri en urgence des migrants évacués des campements illicites installés en région parisienne, 5 000 places ont été ouvertes dans des centres d'hébergement d'urgence à destination de ces publics.

iii. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Les crédits 2017 s'élèvent à 646,9 millions d'euros, soit une enveloppe en hausse de 1,7 % par rapport aux crédits programmés en 2016.

Ces crédits se répartissent de la manière suivante :

- 62,1 millions d'euros au titre de l'hébergement d'urgence ;
- 554,1 millions d'euros au titre de l'hébergement de stabilisation et d'insertion ;
- 30,7 millions d'euros au titre du financement d'autres activités et notamment des mesures d'accompagnement favorisant la sortie vers le logement.

Au 31 décembre 2015, on comptait 42 176 places en CHRS se décomposant comme suit :

- 6 947 places d'hébergement d'urgence ;
- 3 733 places d'hébergement de stabilisation ;
- 31 496 places d'hébergement d'insertion.

Ces crédits destinés à l'hébergement d'urgence sont, certes, indispensables, surtout au vu du contexte conjoncturel. Il ne faut pas pour autant oublier les autres segments de réponse qui permettent de se projeter dans une notion de parcours de la personne vers le logement pérenne, à savoir les logements accompagnés. À cet égard, la rapporteure pour avis constate une moindre augmentation des crédits du logement adapté.

c. Les dispositifs développant des modes de logement adapté, « parent pauvre » de l'augmentation des crédits

Les crédits dédiés à ces différentes formes de logement s'élèvent à 283 millions d'euros et sont en hausse de près de 6 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2016 (soit + 13 millions d'euros).

Ils tiennent compte de la création de places supplémentaires en intermédiation locative et en pensions de famille, et se répartissent comme suit :

- les maisons-relais et pensions de famille : 90 millions d’euros ;
- l’intermédiation locative : 76,5 millions d’euros ;
- les résidences sociales et l’aide à la gestion locative sociale (AGLS) : 26 millions d’euros ;
- l’aide aux organismes qui logent temporairement des personnes défavorisées (ALT1) : 79 millions d’euros ;
- les autres actions : 11,3 millions d’euros.

2. Les crédits des autres actions sont quasiment stables

a. Les crédits de l’action 11 « Prévention de l’exclusion » diminuent légèrement

Les crédits de l’action 11 s’élèvent à 60,05 millions d’euros en 2017, soit 0,5 million d’euros de moins que dans la loi de finances initiale pour 2016. Ils sont destinés à financer des prestations d’aide sociale à destination des personnes sans domicile fixe âgées ou en situation de handicap. Ils contribuent également à des actions d’accès aux droits, d’information, d’aide à l’insertion et de prévention de l’exclusion en particulier en direction des gens du voyage. Cette action se subdivise en deux unités budgétaires : « Allocations et dépenses d’aide sociale » et « Actions de prévention et accès aux droits », qui comprennent à la fois des crédits déconcentrés et des crédits centraux.

Les crédits des allocations et prestations d’aide sociale versées aux personnes âgées et handicapées s’élèvent à 40 millions d’euros. Ils tiennent compte de la réalité des dépenses constatées, qui se caractérise par la baisse tendancielle du nombre de bénéficiaires de presque toutes les prestations. Les allocations et aides sociales relevant de cette sous-action sont destinées à la prise en charge financière de prestations d’aide sociale pour personnes âgées et personnes handicapées relevant de critères spécifiques.

Les crédits des actions de prévention et d’accès aux droits s’élèvent à 20 millions d’euros. Ils permettent principalement de financer, en partenariat avec la Caisse nationale des allocations familiales, le fonctionnement des aires d’accueil des gens du voyage via une aide au logement temporaire (dispositif dit « ALT2 ») servie aux gestionnaires des aires.

La réforme de la gestion des aires d’accueil dédiées aux gens du voyage prévue par l’article 138 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 est entrée en vigueur en 2015, et explique la diminution de crédits de l’action 11. Elle a en effet transformé l’aide à la gestion de ces aires, dite aide au

logement temporaire – 2 (ALT2), qui était jusqu’ici forfaitaire, en une aide déterminée à la fois par le nombre de places de l’aire et par leur occupation effective. L’objectif est de renforcer l’incitation financière des gestionnaires à développer l’attractivité et l’utilisation des aires, en réponse aux constats de la Cour des comptes sur la dégradation significative du taux d’occupation des aires sur la période récente. Par ailleurs, la discussion parlementaire sur la proposition de loi relative au statut, à l’accueil et à l’habitat des gens du voyage, reprise dans le projet de loi Égalité et citoyenneté en cours de discussion, ainsi que la publication du décret sur la réactivation de la commission nationale consultative des gens du voyage, participent également au renouvellement de la politique mise en œuvre en direction des gens du voyage.

b. Les crédits de l’action 14 « Conduite et animation des politiques de l’hébergement et de l’inclusion sociale » sont stables

En 2017, 10,16 millions d’euros sont consacrés à la conduite et à l’animation des politiques de l’hébergement et de l’inclusion sociale, soit une stabilité par rapport à la loi de finances initiale pour 2016.

Si cette enveloppe est stable par rapport à 2016, elle est toutefois en diminution de 33 % si l’on tient compte du transfert budgétaire de la subvention au Fonds de coopération de la jeunesse et de l’éducation populaire (FONJEP) sur le programme 163 « Jeunesse et vie associative » du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, intervenu dans le cadre du projet de loi de finances 2016. Ce transfert a été justifié par la mise en place d’un pilotage financier unifié pour le FONJEP et par le recentrage du programme 177 sur les missions d’hébergement et d’accompagnement vers le logement.

9,6 millions d’euros de crédits sont consacrés au pilotage et l’animation du secteur AHI (accueil, hébergement et insertion). Ces crédits contribuent aux actions de pilotage et d’animation, qui représentent un levier indispensable permettant d’accompagner le changement et la modernisation du secteur. La diversité et la complémentarité des intervenants sont en effet caractéristiques de l’approche française de la lutte contre la précarité et l’exclusion. Le secteur associatif constitue ainsi un acteur essentiel des politiques de lutte contre l’exclusion. Qu’elles agissent en tant que gestionnaires d’établissements, de services sociaux ou médico-sociaux (au sens de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale) ou à travers des actions de solidarité, les associations représentent en effet un moyen d’intervention au contact des populations en difficulté.

Le soutien financier aux fédérations locales des centres sociaux est quant à lui crédité à hauteur de 0,4 million d’euros. Ces crédits permettent enfin d’accompagner la démarche, coordonnée par la Fédération nationale des centres sociaux, de développement des centres et d’amélioration de la qualité de leur projet social (aide à la définition du projet social, appui au diagnostic, aide méthodologique, développement de l’ingénierie de formation des acteurs

bénévoles et professionnels responsables des centres sociaux, maillage territorial, mobilisation des habitants).

3. La maquette de performance du programme 177 requiert une constante évolution

a. La modification de l'indicateur mesurant le suivi de la contractualisation pluriannuelle entre les opérateurs locaux et l'État

Une évolution a été apportée à la maquette du programme 177 pour le projet annuel de performance pour 2017, par rapport à la maquette 2016. Ainsi, l'indicateur 2.1 relatif au « suivi de la contractualisation pluriannuelle entre les opérateurs locaux et l'État » a été modifié de façon à traduire la priorité donnée à la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les opérateurs du secteur AHI gestionnaires d'établissements sociaux et l'État.

Le développement des CPOM constitue en effet un levier pour accompagner la transformation durable de la politique de l'hébergement et du logement. Il permet en outre de mieux réguler les dépenses tant en amont (planification, appel à projets et autorisation) qu'en aval (tarification, contrôle et évaluation des structures).

La rapporteure ne peut que l'approuver, dans la mesure où il confirme la priorité donnée à la signature des CPOM, qui offrent une visibilité pluriannuelle sur les financements aux responsables de structures en contrepartie d'engagements en matière de qualité de prise en charge et d'efficience dans la gestion convenue avec les autorités compétentes.

b. La création souhaitable d'un nouvel indicateur de performance relatif à la montée en puissance des SIAO

Le rapport annuel de performance indique qu'une attention particulière sera portée en 2017 à l'amélioration de l'organisation des services offerts par les dispositifs d'hébergement et de logement adapté afin d'améliorer la fluidité, l'effectivité et la qualité des prises en charge, à travers notamment le renforcement du rôle des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO).

Les SIAO sont ainsi présentés comme des leviers importants de pilotage des politiques d'hébergement et de logement. La loi relative à l'accès au logement et à un urbanisme rénové (ALUR) a consacré juridiquement leur existence et pose le principe d'un SIAO unique dans chaque département, compétent pour coordonner l'ensemble des acteurs concourant à assurer la veille sociale. À ce titre, elle a initié la démarche d'intégration du 115 dans le SIAO pour asseoir son rôle de régulation en tant que plate-forme unique de l'ensemble des places d'hébergement et sa capacité d'affectation des places vacantes. Le système d'information SI-SIAO monte en charge et sera, à terme, l'unique système d'information pour gérer les orientations vers les dispositifs de l'hébergement et du logement adapté.

À cet égard, l'indicateur 1.2 « *taux de réponse positive du SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) aux demandes d'hébergement et de logement* » mesure la capacité des SIAO à répondre aux demandes qui leur sont adressées, par l'orientation vers une place d'hébergement ou un logement. En revanche, il ne mesure pas la croissance de la part des demandes d'hébergement qui transitent par les SIAO.

Afin de pouvoir s'assurer de la montée en puissance des SIAO, la rapporteure pour avis souhaiterait qu'un tel indicateur de performance puisse être créé. Son numérateur comporterait le total des demandes d'hébergement ou de logement adapté ayant transité par les SIAO, et son dénominateur comporterait le nombre total des demandes d'hébergement ou de logement adapté.

II. LA SANTÉ, LA GRANDE OUBLIÉE DE L'HÉBERGEMENT D'URGENCE ?

A. LES QUESTIONS DE LA SANTÉ ET DE L'INSERTION DANS LE LOGEMENT DES PERSONNES VULNÉRABLES SONT ÉTROITEMENT LIÉES

1. Le constat d'une plus grande fragilité

a. L'enquête SAMENTA

L'enquête SAMENTA ⁽¹⁾, initiée par les pouvoirs publics, visait à améliorer la connaissance sur les troubles psychiatriques et les addictions des personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, dans un objectif opérationnel d'amélioration de la prise en charge médicale et sociale. SAMENTA a permis d'actualiser et d'approfondir les connaissances sur la santé mentale et les addictions, au sein de la population des sans domicile.

Sur le plan de la santé, cette étude a permis de constater qu'une personne sur dix n'avait toujours pas de couverture maladie en 2009, soit dix fois plus que la population générale. Cette donnée paraît contraster avec les informations sur la fréquence de recours aux soins. Il faut ainsi remarquer que le recours aux soins reste proche de celui de la population générale ; plus de 80 % des personnes ont par exemple consulté un médecin dans les douze mois précédant l'enquête, mais ce taux ne dit rien sur la qualité et le suivi des soins. Signalons aussi un recours un peu moins élevé pour les personnes hébergées dans le dispositif d'urgence comparé à celles hébergées en hôtel ou dans le dispositif d'insertion.

i. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou d'addictions

- *Prévalence des troubles psychiatriques*

Un tiers des personnes concernées souffrirait de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux.

Les troubles psychotiques, majoritairement des schizophrénies, représentent la pathologie la plus grave et la plus fréquente dans cette population comparée à la population générale, soit une prévalence 8 à 10 fois supérieure.

Les troubles dépressifs sévères et les troubles anxieux sont à peine plus élevés qu'en population générale.

(1) *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, sous la direction d'Anne Laporte, Observatoire du Samu social de Paris et de Pierre Chauvin (Inserm – Institut national de la santé et de la recherche médicale) ; janvier 2010.*

Le risque suicidaire moyen ou sévère décelé chez une personne sur dix sans logement, est plus élevé qu'en population générale, de même que les tentatives de suicide au cours de la vie rapportées par une personne sur cinq.

Les troubles de la personnalité et du comportement sont aussi beaucoup plus fréquents que dans la population générale : ils concernent une personne sur cinq.

Les troubles dépressifs légers et moyens sont relativement plus fréquents que les épisodes sévères chez personnes sans logement et bien plus élevés qu'en population générale contrairement aux troubles dépressifs sévères. Ces épisodes dépressifs légers et moyens peuvent être qualifiés de « réactionnels », en lien avec la situation d'exclusion sociale. Ils sont à nouveau assez fréquents parmi les personnes hébergées en hôtel, détectés chez près d'un quart des personnes.

- *La place des addictions*

La fréquence élevée de la dépendance à l'alcool dans la population sans logement est confirmée (elle concerne trois hommes sur dix et une femme sur dix). Cependant, il faut souligner que la proportion de personnes non consommatrices d'alcool est plus élevée chez les personnes sans logement que dans la population générale. Un tiers des femmes et près d'un homme sur dix déclarent n'avoir jamais bu d'alcool au cours de leur vie. Les caractéristiques sociales et les situations de précarité influent visiblement sur la consommation d'alcool : le fait d'être une femme, d'être né à l'étranger, d'être hébergé en hôtel, d'avoir des enfants, d'être en couple sont autant d'éléments qui tendent vers une non-consommation, comme en population générale. À l'inverse, être hébergé dans le dispositif d'urgence, être un homme, vivre seul, être âgé, être né en France sont plutôt associés à une surconsommation d'alcool, comme en population générale.

Les prévalences de comorbidités entre troubles psychiatriques sont du même ordre de grandeur dans Samenta qu'en population générale, entre 2 et 4 %. Elles sont moins élevées que l'on aurait pu s'y attendre, au regard des niveaux de prévalence estimés des différents troubles par rapport à la population générale. En revanche, les comorbidités troubles psychiatriques / addictions sont beaucoup plus élevées. Il existe une association significative entre les troubles psychotiques et au moins une addiction, en particulier avec la consommation à risque d'alcool. Chez les personnes schizophrènes, on observe une association significative avec la consommation quotidienne de cannabis et une association (à la limite de la significativité) pour la dépendance à l'alcool.

- *Victimologie*

Les personnes en grande précarité ont vécu dans leur passé plus de violences et subissent au cours de leur vie plus de violences que la population générale. Ces faits, étayés par de nombreux travaux, sont confirmés dans Samenta. Au cours de la vie, les violences psychologiques ou morales répétées rapportées

sont cinq fois plus importantes qu'en population générale. Les violences sexuelles sont aussi particulièrement élevées, 4 fois plus pour les femmes et près de 10 fois plus pour les hommes, comparé à la population générale. Si l'ensemble de la population des personnes sans logement est plus souvent victime de violences au cours de sa vie ou dans l'année écoulée, parmi elles, les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves sont encore plus touchées. Dans Samenta, les personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont victimes de violences, que ce soit au cours de leur vie ou des douze derniers mois, dans des proportions bien supérieures à celles des personnes n'ayant aucun trouble diagnostiqué.

ii. Les jeunes de 18-25 ans, leur santé mentale et les addictions

Ces jeunes ont un état de santé ressenti comme assez mauvais, plus mauvais que leurs aînés et que les jeunes insérés. Le premier problème de santé déclaré est un problème psychique.

Près de quatre jeunes sur dix sans logement présentent un trouble psychiatrique sévère. La schizophrénie représente la pathologie la plus grave et la plus fréquente, comme pour les adultes. Les autres pathologies sévères (anxiété généralisée, troubles dépressifs sévères) sont un peu plus élevées qu'en population générale. Comme chez leurs aînés, ce sont les épisodes dépressifs moyens et légers qui sont les plus fréquents. Les tentatives de suicide au cours de la vie chez les jeunes hommes et femmes sont 5 à 10 fois plus élevées que chez les jeunes de la population générale.

La consommation de produits psychoactifs est particulièrement importante chez les jeunes sans logement. Un sur cinq est déjà dépendant à l'alcool, une proportion équivalente présente une consommation à risque d'alcool et un quart consomme quotidiennement ou quasi quotidiennement du cannabis. Ces prévalences sont bien plus élevées que chez les jeunes en population générale. Ces fortes prévalences se reflètent dans les taux de comorbidités entre troubles psychiatriques et addictions. On constate une association significative entre le fait d'avoir au moins une addiction et un trouble psychotique (en particulier une schizophrénie), de même qu'entre une addiction et un trouble de la personnalité. On ne retrouve par contre pas d'association entre troubles dépressifs et addictions.

b. L'absence de prise en compte de la souffrance psychique

Une enquête a été menée par l'Observatoire du SAMU social de Paris au cours de l'été 2015 et finalisée en novembre de la même année. Au total, parmi les 163 patients hébergés le jour de l'enquête (le 4 août 2015) dans les 170 LHSS ⁽¹⁾, près de 60 % présentaient un problème psychiatrique et/ou neuropsychiatrique, confirmé (plus d'un patient sur trois) ou suspecté (un patient sur quatre), tandis que pour 10 % supplémentaires, était identifiée une souffrance psychique non qualifiée de trouble psychiatrique mais nécessitant un traitement psychotrope et/ou l'intervention de ressources spécialisées.

(1) *Lits halte soins santé (LHSS).*

D'une manière générale, la souffrance psychique est plus fréquemment rencontrée chez les personnes en situation de précarité en raison d'épisodes de vie douloureux et d'une vie en errance, facteur d'instabilité. Même si l'accompagnement des personnes vers les services de psychiatrie peut se faire quotidiennement, le mal-être, la recherche du bien-être, ne bénéficient pas des mêmes financements et de dispositifs disponibles.

Dans les centres d'accueil et d'orientation (CAO) pour les délocalisés de Calais par exemple, aucun accompagnement à la souffrance psychique n'est prévu, alors qu'un parcours migratoire semé d'embûches et l'exil laissent inévitablement des traces. Des postes de psychologues au sein de ces structures (CAO ou autres) pourraient permettre d'aller vers les personnes, de prendre le temps de les écouter et d'anticiper des phénomènes de décompensation pouvant aboutir à un recours à la psychiatrie (qui n'est cependant pas toujours nécessaire).

La temporalité nécessaire aux soins psychiatriques ou psychiques est bien souvent plus longue que celle offerte aux personnes dans les structures (voire, pire, en hôtels), ce qui complexifie l'accompagnement des personnes qui ont besoin d'accès à des soins psychiques stables dans le long terme.

2. Les dispositifs existants en matière de santé

a. Une obligation légale

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit, dans son article L. 345-2, la mise en place dans chaque département, sous l'autorité du représentant de l'État, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder une première évaluation de leur situation médicale, et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état. La loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) a conforté le rôle des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) en leur confiant la mission d'assurer cette orientation dans des conditions prévues par convention avec le préfet de département et de veiller à l'existence d'une évaluation.

Par ailleurs, en application de l'article L. 345-2-2 du CASF, toute personne hébergée dans un dispositif d'hébergement d'urgence doit bénéficier d'une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs. Elle doit en outre pouvoir être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptible de lui apporter l'aide justifiée par son état, le CASF dressant une liste non limitative de ces structures.

L'objectif premier de ces dispositions est que la personne sans domicile soit orientée au mieux et prise en charge sur la base d'une évaluation de sa situation et que cette situation soit examinée dans sa globalité, en intégrant la problématique médicale et psychique.

Par ailleurs, l'article L. 6112-2 du code de la santé publique modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre l'obligation pour tous les établissements de santé assurant le service public hospitalier de garantir « *un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé* ».

b. Les structures existantes

i. Une insuffisance de personnel médical et paramédical dans les CHRS

Les données disponibles ⁽¹⁾ sur l'activité 2013 des CHRS révèlent que :

– 27 sur 563 CHRS (soit 4,7 % des CHRS) ont des temps salariés de médecins pour une moyenne de 0,31 ETP, correspondant à 8 ETP salariés au niveau national ;

– 141 sur 563 CHRS (soit 25 % des CHRS) ont des temps paramédicaux dédiés pour une moyenne de 0,49 ETP (infirmiers, psychologues...), correspondant à 71 ETP salariés au niveau national.

Les autres CHRS ont généralement recours aux dispositifs de droit commun ou existant sur la précarité (médecine de ville, hôpitaux, permanence d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies, centres de santé...).

ii. Les dispositifs mobilisables hors hébergement

Hors établissements d'hébergements, plusieurs dispositifs peuvent être utilement mobilisés, en particulier :

- **Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Selon l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique, « *dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements publics de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits.* »

(1) Pour renforcer son pilotage du secteur, le ministère a développé un logiciel de remontées d'informations sur le secteur AHI (logiciel ENC-AHI) afin d'avoir une connaissance objectivée des activités, de la qualité et des coûts de prestations proposées aux personnes. Cet outil permet de déterminer un socle de référence pour définir au plus près des bénéficiaires les prestations qui sont servies par les associations et déterminer leur coût réel. Il sert de base à l'analyse de l'activité des opérateurs de l'hébergement et à leur classement en groupes homogènes d'activité et de missions (GHAM). La démarche initiée en 2014 a été poursuivie avec les campagnes 2015 et 2016. Les dernières données exploitées relatives aux questions de santé dans les établissements datent de la campagne 2014 pour laquelle le taux d'inscription des établissements et services dépassait les 80 %.

La nécessité de développer une offre de soins de proximité a été à nouveau soulignée dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013.

Une circulaire du 18 juin 2013 a fourni un référentiel pour encadrer la définition et le rôle des PASS. Environ 430 PASS sont identifiées, la plus grande part étant des PASS généralistes (368) ; on compte également 18 PASS dentaires et 44 PASS en milieu psychiatrique. La plupart des PASS généralistes sont situées dans des établissements publics. Beaucoup (55 %) œuvrent dans des établissements où le service des urgences a une activité importante. Tous les centres hospitaliers de type CHU/CHR en ont une.

L'accroissement de l'activité des PASS et l'augmentation du nombre de personnes qui y sont accueillies et prises en charge au fil des ans, démontrent la pertinence de ces dispositifs, en particulier sur des territoires particulièrement sollicités ou dans les métropoles. Leur montée en charge est notamment liée à l'émergence de nouvelles problématiques sociales. Certains publics, que leurs ressources situent au-dessus du seuil de perception de la CMU et qui ne bénéficient pas d'un contrat d'assurance complémentaire satisfaisant, préfèrent, par crainte de reste à charge trop important, s'adresser à la PASS pour obtenir des soins. D'autres publics porteurs de lourdes difficultés, personnes migrantes fortement marginalisées, populations en transit ou populations Rom, arrivent en grand nombre dans certaines permanences.

- *Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)*

Le plan « Psychiatrie et santé mentale » a prévu un accompagnement des personnes défavorisées nécessitant des soins psychiatriques et la circulaire du 23 novembre 2005 a défini le cadre d'action d'équipes mobiles psychiatrie précarité. Ces équipes ont pour particularité d'intervenir directement au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les accompagnent. Elles peuvent ainsi accompagner dans leur parcours de soins les personnes défavorisées, également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou des situations de détresse sociale des personnes qu'ils accompagnent. À ce titre, ces équipes jouent notamment un rôle essentiel pour mieux différencier ce qui relève de troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge spécifique et ce qui relève de la souffrance psychique, pour laquelle la réponse peut être d'abord celle d'un accompagnement social adapté.

On dénombre environ 118 EMPP en France métropolitaine et en Outre-mer. Elles sont en majorité rattachées à un établissement public de santé. La quasi-totalité des équipes réalisent des entretiens, des accompagnements et des réunions de synthèse. Les publics prioritaires sont des personnes très désocialisées et en institutions sociales. Les EMPP interviennent dans de nombreux lieux relativement diversifiés. Le partenariat en direction des professionnels est pluriel,

et ces derniers reconnaissent la qualité de l'appui apporté par les EMPP et l'obtention de réponses dans un court délai.

- *Les lits d'accueil médicalisés (LAM) et Lits halte soins santé (LHSS)*

Pour mieux articuler les « lits halte soins santé » (LHSS) et les « lits d'accueil médicalisés » (LAM), un décret du 11 janvier 2016 détaille les conditions techniques de fonctionnement des deux dispositifs. Si les premiers accueillent des sans-abri dont l'état est incompatible avec la vie dans la rue mais ne nécessite pas une prise en charge hospitalière, les seconds prennent en charge des personnes atteintes de lourdes pathologies.

Les LAM et les LHSS sont des établissements sociaux et médico-sociaux définis par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils doivent disposer d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin responsable, des infirmiers ou infirmières diplômés, des travailleurs sociaux titulaires d'un diplôme d'État niveau III en travail social et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien. Les travailleurs sociaux présents au sein de ces équipes assurent, sous la responsabilité du directeur, un accompagnement social adapté des personnes. Les LHSS ont pour objet de préparer un projet de sortie individuel et les LAM un projet de vie élaboré avec la personne accueillie. Dans la pratique, les intervenants sociaux mettent souvent en place des relais avec les maraudes ou le SAMU social, afin d'éviter les conséquences néfastes d'un retour à la rue.

Les structures LHSS et LAM signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques. Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé de ces établissements au sein des LAM/LHSS. Elle indique également les modalités selon lesquelles les structures LAM/LHSS peuvent avoir, s'il y a lieu, accès aux plateaux techniques et à la pharmacie à usage intérieur et recours à des consultations hospitalières, et à des hospitalisations pour les personnes accueillies par la structure dont l'état sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence. Ces structures peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés afin que soient réalisés les actes ne pouvant être entrepris par ses personnels, une convention peut être conclue avec une structure d'hospitalisation à domicile afin de répondre aux besoins sanitaires d'un patient tout en le maintenant dans la structure. Enfin, le I de l'article D. 312-176-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) peut orienter les personnes vers les établissements lits halte soins santé à la condition qu'il dispose d'au moins un professionnel de santé.

Au 31 décembre 2016, 1 346 places de LHSS et 310 places de LAM seront financées. Compte tenu des besoins des territoires, le Premier ministre a annoncé en avril 2016 la création de 300 nouvelles places de LAM et

200 nouvelles places de LHSS à compter de 2017. Sur ces 500 places, 150 ont déjà été financées sur le dernier trimestre 2016.

- *Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)*

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a permis de pérenniser le dispositif national des appartements de coordination thérapeutique en mettant fin au statut expérimental en vigueur depuis 1994 et en l'intégrant dans le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance maladie selon les dispositions de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Leurs missions définies par les articles D. 312-154 et D. 312-155 du code de l'action sociale et des familles (issus du décret du 3 octobre 2002) prévoient qu'ils « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ». L'ACT, qui propose une prise en charge personnalisée par la présence d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, travailleur social, psychologue, animateur social, infirmier...), permet au résident de commencer ou de continuer un traitement, d'améliorer son observance, de l'aider à faire valoir ses droits sociaux ainsi qu'à clarifier ses projets (personnel, professionnel, familial...) afin de favoriser une réinsertion sociale à la sortie et un état de santé stabilisé.

« *Le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique* » (PQVMC 2007-2011) a permis de doubler le nombre d'ACT⁽¹⁾. Cette augmentation a répondu au souci d'élargir l'accès des ACT à l'ensemble des personnes atteintes de pathologies chroniques pour lesquelles un besoin est avéré. On compte aujourd'hui environ 2 100 places d'ACT. Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « *Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* » a également permis de créer 88 places spécifiques pour des personnes sortant de prison ou placées sous main de justice. Toutefois, les places créées dans le cadre du plan ne reflètent pas l'ensemble de l'offre pour les personnes sortant d'incarcération, dans la mesure où certains ACT accueillent ponctuellement ce public.

La qualité de la réponse globale que propose l'ACT aux personnes malades chroniques et précaires permet, dans près d'un cas sur deux, lorsque la situation médicale parvient à être stabilisée, de construire l'autonomie médicale et sociale des personnes. En effet, l'étude Plein sens⁽²⁾ montre que parmi les personnes sorties en 2009, un quart d'entre elles n'avait pas de ressources à l'entrée en ACT, 14 % n'avait pas de titre de séjour, les trois quarts étaient sans emploi, la moitié sans domicile fixe et sans liens amicaux ou familiaux. À titre

(1) *Évolution de 900 places fin 2006 à 1 800 places à la fin du plan.*

(2) *Rapport Plein Sens commandé par la DGS- octobre 2010 – « Étude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH et accueillant des personnes atteintes du VIH-Sida ou d'une autre pathologie chronique et en état de fragilité psychologique et/ou sociale ».*

d'exemple, parmi les personnes sorties en 2009, plus de la moitié ont accédé à un logement autonome, plus d'un quart à une autre structure d'hébergement stabilisé. Le bilan national 2014 des ACT montre également que 43,9 % des résidents sont sortis du dispositif avec une activité salariale et 39,7 % avec un revenu de remplacement. Il existe aujourd'hui une centaine de structures ACT réparties sur tout le territoire, avec près de la moitié en Ile-de-France. Les ACT se sont largement ouverts aux personnes atteintes de pathologies chroniques diverses (49 % ont le VIH, 11,4 % sont atteintes d'hépatite C, 10 % de cancers, 4,8 % de diabète, 3,1 % de maladies cardio-vasculaires). En 2016, 200 places supplémentaires d'ACT ont été créées.

3. La place particulière des addictions : la double peine

Il existe souvent des liens forts entre précarité et conduites addictives, même s'il serait bien évidemment faux d'associer de manière systématique les deux. De plus, une partie de ces publics cumule précarité, addiction et maladies psychiatriques. Sur les territoires, les professionnels des secteurs de la précarité et de l'addiction rencontrent des publics communs et sont confrontés à des problématiques qui se croisent ou se rejoignent. Ils doivent donc ajuster leurs pratiques, identifier leurs complémentarités, affirmer leurs différences et s'enrichir réciproquement. Les personnes accueillies dans les centres d'hébergement sont peu nombreuses à bénéficier d'un accompagnement en addictologie.

Peu de demandes d'accompagnement émanent directement des personnes, parfois par déni, mais aussi parce que les questions de santé leur semblent « secondaires » ou moins urgentes. Les professionnels de l'insertion ont des difficultés à aborder les questions d'addiction, que ce soit par méconnaissance, idée reçue, ou par sentiment de ne pas être légitimes pour le faire. Les professionnels de ces établissements sont peu formés ou sensibilisés sur cette thématique et ne connaissent pas toujours l'existence de partenaires spécialisés sur leur territoire.

En outre, de nombreuses structures conditionnent l'admission ou le maintien en leur sein à une obligation d'abstinence. Cela n'est pas adapté à la réalité des publics accueillis et peut constituer un facteur supplémentaire d'exclusion : c'est la double peine. Les professionnels déplorent un manque de temps pour se consacrer pleinement à la mise en place de partenariats et à l'articulation avec les autres professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes accueillies.

Il serait donc souhaitable d'inciter les établissements à adapter leur cadre institutionnel aux conduites addictives et faire en sorte que l'accompagnement proposé s'inscrive dans une visée de réduction des risques et des dommages. De même, les professionnels de l'insertion gagneraient à être sensibilisés à la thématique des addictions afin d'améliorer la prévention, la réduction des risques, le repérage et l'accompagnement des personnes accueillies. L'« aller-vers » pourrait être étoffé par la mise en place de consultations avancées dans les centres

d'hébergement et le déploiement d'équipes mobiles spécialisées en addictologie. Serait également bienvenu, le renforcement de l'articulation et des partenariats locaux entre les structures des secteurs de l'hébergement et de l'addiction (ambulatoires ou résidentielles). Il s'agit notamment de consolider les parcours de santé et éviter les ruptures de soins.

Enfin, une présence accrue de médecins dans les différentes structures d'hébergement permettrait également de traiter le problème de l'addiction à l'alcool, prédominant chez les personnes sans domicile. En effet, ceux-ci peuvent désormais prescrire des médicaments destinés à permettre de cesser ou de diminuer la consommation d'alcool. À cet égard, c'est suite à une interpellation de votre rapporteure pour avis que la ministre de la Santé a ouvert la possibilité à tous les médecins de prescrire l'un de ces médicaments, dont la substance active est le nalméfène : « à l'issue de la procédure de fixation de prix, je donnerai la possibilité à tous les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes de prescrire avec remboursement ce médicament, compte tenu des enjeux majeurs que représente la prise en charge de l'alcoolisme en France. ⁽¹⁾ »

D'autres pistes sont sans doute à explorer : afin de lutter contre l'addiction alcoolique, le CHU Oscar Roty a par exemple décidé d'autoriser, fin octobre 2016, l'alcool ; les équipes ont été formées et ont fait un travail sur leur propre perception et relation à l'alcool, en partenariat avec le réseau Resab (Réseau addictions baclofène).

B. LES PISTES DE RÉFORMES EN MATIÈRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE ET DE SANTÉ (EN PARTICULIER DE SANTÉ PSYCHIQUE) SE DÉCLINENT EN TROIS AXES : DÉCLOISONNER, FORMER, PRÉVENIR

1. Décloisonner les dispositifs d'hébergement et ceux de la santé

a. Mieux utiliser et mieux coordonner les outils existants

- i. Des outils formidables, dont le lien avec la santé reste à créer

Afin d'améliorer la connaissance des problématiques rencontrées sur les territoires et des besoins des publics, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013 a prévu la réalisation dans chaque département de diagnostics « à 360° ». L'enjeu du lancement de ces diagnostics est de disposer à terme pour chaque territoire d'une vision objectivée, globale et partagée, des problématiques des personnes – de la rue aux difficultés d'accès ou de maintien dans le logement – mise en regard de l'offre existante. Cette analyse « à 360° » doit en outre permettre de mieux comprendre les besoins des ménages dans leur diversité, ainsi que leur parcours, et de dépasser les approches

(1) Réponse de la ministre de la Santé, Mme Marisol Touraine à l'Assemblée nationale à une question de Mme Dominique Orliac, députée du Lot, le 26 février 2014.

sectorielles des documents programmatiques existants (plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées – PDALPD – et plans départementaux d'action pour l'hébergement et l'insertion – PDAHI – notamment, fusionnés depuis la loi du 24 mars 2014 dans les plans départementaux pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées – PDALHPD –). Suite à l'expérimentation de cette démarche dans 13 départements entre juin 2013 et avril 2014, le dispositif est actuellement en cours de généralisation sur l'ensemble des territoires. À ce jour, 85 diagnostics ont été réalisés, les autres étant en cours de finalisation.

Par ailleurs, depuis 2010, l'État a développé une application de gestion mise à disposition des services intégrés d'accueil et d'orientation, le système d'information des SIAO (SI-SIAO), afin de leur permettre d'assurer leur rôle de recensement des demandes et de l'offre d'hébergement et de logement adapté et d'orientation des personnes. Cette application est actuellement utilisée dans 46 départements. Sa généralisation, prévue pour le courant de l'année 2017, doit permettre de renforcer les outils d'observation sociale à la disposition des services de l'État et la connaissance des publics accueillis dans les dispositifs d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement, ainsi que leur parcours.

Enfin, la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), dans son article 30, a consacré juridiquement et conforté les SIAO comme plates-formes départementales uniques de régulation et de coordination du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile ou éprouvant des difficultés à se loger en raison de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence. À ce titre, les SIAO sont désormais chargés par la loi d'assurer le suivi du parcours des personnes jusqu'à la stabilisation de leur situation. Ils peuvent également conclure des conventions avec les agences régionales de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

La mise en place de l'ensemble de ces outils de pilotage doit permettre à la fois de mieux connaître les publics et d'améliorer leur prise en charge par des partenariats plus efficaces et une meilleure prévention des ruptures dans leur parcours. Il serait souhaitable d'y inclure la problématique de la santé.

ii. Vers une meilleure coordination

L'accès au logement est crucial pour la construction du parcours de soins mais d'autant plus complexe pour les personnes en situation de grande précarité et souffrant de maladie mentale. À cet égard il convient de mieux coordonner les interventions des professionnels auprès de grands exclus dont les parcours sont marqués par des ruptures (sortie de dispositif d'hébergement ou d'hospitalisation, retour à la rue, etc.) Cette coordination pourrait suivre deux axes :

– la coordination des interventions : de l’interconnaissance à la formalisation des partenariats, favoriser la coordination des professionnels ;

– la coordination des institutions : l’amélioration de la coordination des acteurs institutionnels de la cohésion sociale (DRJSCS) et de la santé (ARS).

Si les moyens gagneraient bien sûr à être augmentés, on constate surtout des problèmes de coordination, entre les secteurs social et médico-social. Une meilleure coordination entre les PLF et PLFSS serait donc également souhaitable.

b. « Un chez soi d’abord » : une expérimentation à généraliser

Le programme « Un chez soi d’abord » en faveur de personnes en situation de précarité, fait du logement un préalable à l’insertion et le considère comme l’épicentre des interventions sociales, médicales et d’insertion. L’accompagnement et le suivi des personnes accueillies sont assurés par une équipe de professionnels issus de la psychiatrie, du social, de l’addictologie et des médiateurs pairs. L’un des éléments clés de ce programme réside dans la participation des personnes elles-mêmes.

Expérimenté aux États-Unis depuis les années 1990 et au Canada depuis 2009, le programme « Un chez-soi d’abord » (Housing First) propose une nouvelle conception de l’accompagnement pour les personnes sans-abri cumulant problématiques psychiques sévères et « besoins élevés » (addictions, hospitalisation, incarcération), en leur offrant comme prérequis l’accès à un logement ordinaire et durable, sans condition de traitement ou d’abstinence. Articulé avec un volet recherche, l’objectif de ce programme est de favoriser une démarche de rétablissement dans le logement avec un accompagnement pluridisciplinaire intensif. Le rétablissement est un concept qui part de l’expérience des personnes et qui place l’entraide mutuelle - que seuls les individus ayant traversé l’expérience de la maladie, peuvent apporter - comme un axe fondamental. L’accompagnement vise à mettre en mouvement les personnes, à partir de leurs choix, à respecter leur rythme dans les prises de décisions, mais surtout à mobiliser l’« espoir », valeur socle de ce concept.

« Un chez-soi d’abord » fait du logement un préalable à l’insertion et le considère comme l’épicentre des interventions sociales, médicales et d’insertion. L’accompagnement et le suivi des personnes accueillies sont assurés par une équipe de professionnels issus de la psychiatrie, du social, de l’addictologie et des médiateurs-pairs. Cet accompagnement implique un haut seuil d’exigence en matière de cohérence et de collaboration car chaque membre de l’équipe est amené à exercer son métier à partir d’un tronc commun d’accompagnement au quotidien, pour lequel l’ensemble des intervenants peut être sollicité. L’un des éléments clés de ce programme réside dans la participation des personnes elles-mêmes. Celles-ci prennent part à des activités communautaires, à l’organisation des soins et à la définition du programme (implication dans les comités de pilotage et de recherche). « Un chez-soi d’abord » se base ainsi sur la philosophie du

rétablissement en faisant participer la personne à toutes les étapes de son accompagnement. En France, l'expérimentation a été lancée fin 2010 à l'initiative des ministres en charge du logement et de la santé, dans le cadre de la stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées. Son pilotage a été confié à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) en lien avec la DGS et la DGCS. L'État en assure le financement. Quatre sites métropolitains ont démarré l'expérimentation en janvier 2012 : Paris, Marseille, Lille et Toulouse ; l'expérimentation du programme doit être poursuivie jusqu'en décembre 2016. L'objectif est que 100 personnes soient accompagnées et orientées, si elles le souhaitent, vers un logement ordinaire. 100 autres personnes ont été suivies par l'équipe de recherche et bénéficient des services d'hébergement classiques. Elles servent de groupe témoin pour évaluer l'efficacité financière et sociale de l'expérimentation par rapport aux modes de prise en charge traditionnels.

Les premiers enseignements du programme ont été présentés à l'occasion d'un colloque européen en octobre 2014 à Paris. Les résultats sont très encourageants : après deux ans de suivi par le programme, 86 % des personnes logées (au nombre de 386) sont encore dans leur logement. De plus, les recherches menées en santé publique mettent en évidence une « *amélioration significative de la qualité de vie, du rétablissement, mais aussi un impact sur les parcours de soin des personnes ayant intégré le programme* ». Le comité d'évaluation, à partir des indicateurs observés après deux ans d'accompagnement de l'ensemble des personnes intégrées dans l'étude, a confirmé l'efficacité du programme en termes d'amélioration de l'état de santé et de recours diminué au système de soins et aux structures dédiées aux personnes sans-abri, avec un rapport coût/efficacité satisfaisant (le coût moyen annuel est estimé à environ 16 000 euros par bénéficiaire et par an). Ce dispositif a vocation à être pérennisé en 2017 et déployé sur 16 nouveaux sites entre 2018 et 2022. Ces résultats viennent en complément des conclusions encourageantes du projet « Housing First Europe » mené entre 2011 et 2013 dans cinq villes européennes (Amsterdam, Budapest, Copenhague, Glasgow et Lisbonne), qui avaient mis en évidence des taux élevés de maintien dans le logement.

Sur chacun des sites expérimentaux, le programme a été mis en œuvre dans le cadre d'une co-gestion par des structures associatives et hospitalières, en lien très étroit avec les préfetures, les directions départementales de la cohésion sociale et les agences régionales de santé. Les collectivités territoriales, les acteurs du logement et le tissu associatif ont également été associés. Le dispositif est cofinancé par l'ONDAM médico-social hors-CNSA dit « spécifique ».

Expérimentation d'actions médico-sociales, le programme « Un chez soi d'abord » est alimenté tant par les crédits de la santé, que par ceux de l'hébergement, et témoigne, de par sa réussite, de la nécessité de décloisonner ces deux types de crédits.

2. Mieux former les professionnels

Les associations et organisations de solidarité en matière de formation initiale et de développement professionnel continu des acteurs de santé ont formulé un certain nombre de propositions communes ⁽¹⁾. Pour renforcer la qualité de la formation des professionnels de santé, elles proposent l'application des mesures suivantes dans le contenu du parcours de formation :

– introduire dès le deuxième cycle des études de médecine, ainsi que dans toute formation aux métiers du sanitaire, du social, et du médico-social, des modules ayant trait à la précarité. Les contenus de ces modules viseraient la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, contre le non recours, le refus de soins et les interventions sociales et médico-sociales ;

– introduire un module sur l'usager en tant qu'acteur de sa santé. Ce module favoriserait une meilleure reconnaissance, par les professionnels de santé, des usagers du système de santé comme des personnes qui, parfois avec l'aide de pairs et/ou de leurs proches aidants, jouent un rôle déterminant dans la définition et la mise en œuvre de leur parcours de santé et dans le système de santé ;

– introduire dans le contenu des formations aux métiers du sanitaire, social, et médico-social un module sur la prévention, l'éducation, et la promotion de la santé ;

– mettre en place, tout au long des parcours professionnels, des formations croisées entre les professionnels du secteur sanitaire et ceux des secteurs social et médicosocial ;

– renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les handicaps (causes, conséquences sur la santé, adaptation des prises en charges, communications adaptées) et former les personnels administratifs à l'accueil des personnes en situation de handicap ;

– développer la formation continue sur les conduites addictives (représentations, publics, causes et conséquences) et les différentes modalités de prise en charge possibles (prévention, réduction des risques, soin, accompagnement, etc.) ;

– cette reconnaissance réciproque entre les professionnels du secteur de la santé et ceux de la solidarité en général devrait faciliter leur compréhension des parcours de santé et leurs compétences communes pour développer le travail en réseau sur les territoires dans le cadre des projets territoriaux de santé. Cette recommandation est essentielle pour « faire bouger les lignes » des incompréhensions voire des indifférences constatées sur les territoires entre des

(1) Contribution de la commission santé de l'Unioyss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) à la Grande Conférence de la Santé – Janvier 2016.

professionnels du secteur sanitaire et ceux des champs médico-social et social chargés d'accompagner des personnes fragiles ;

– généraliser les formations (initiale et continue) des professionnels de santé aux nouveaux usages du numérique dans une optique de renforcement de la démocratie en santé.

Par ailleurs, en février 2016, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a publié une recommandation de bonnes pratiques professionnelles à l'attention des professionnels des CHRS (établissements relevant du 8° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles). Ces recommandations invitent à la prise en compte de la santé dès le projet d'admission en facilitant par exemple l'organisation de bilans médicaux et de dépistages, à l'accompagnement à la santé tout au long du parcours de la personne et à la mise en œuvre de projets d'établissements intégrant des actions d'accompagnement personnalisé d'accès à la santé.

À cet égard, il est nécessaire que les personnels des CHRS soient informés et formés sur les difficultés des personnes entrantes en termes de santé, notamment de santé psychique, et surtout qu'elles sachent vers qui orienter les personnes. Actuellement, on constate que ce sont souvent les personnels d'accueil (qui ne sont pas formés sur ces questions) qui prennent les décisions d'orientation qui seront ensuite potentiellement préjudiciables pour les personnes. Une fois la difficulté identifiée, il faut qu'une orientation puisse être proposée. Le CHRS peut faire appel aux Équipes mobiles précarité psychiatrie (EMPP), bien qu'il existe de fortes inégalités territoriales en termes d'EMPP, ou bien renvoyer vers un Centre médico psychologique (CMP). Dans les CMP, plusieurs problèmes se posent en termes d'accès aux soins : d'une part les horaires sont inadaptés aux urgences des personnes trouvées à la rue, et, d'autre part, les délais d'attente avant d'obtenir un rendez-vous - qui peuvent aller jusqu'à trois semaines - sont très importants et en décalage avec les besoins d'interventions immédiates dans certains cas. Enfin, il est nécessaire qu'un réel suivi de la personne soit effectué, ce qui est rarement le cas lorsque la personne change d'hébergement, pire quand elle doit passer de nuitées d'hôtel en nuitées d'hôtel.

3. Mettre l'accent sur prévention

a. Faciliter les actions d'« aller vers » des CMP et des EMPP

Les associations œuvrant dans le secteur de l'hébergement d'urgence proposent de développer « l'aller vers » à domicile sur tous les territoires (notamment par le renforcement des CMP et des équipes mobiles psychiatrie précarité)⁽¹⁾.

(1) Note relative à la santé mentale juin 2016 à l'attention de Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé - Note du collectif Alerte élaborée à partir des travaux du groupe « Santé mentale » de l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux).

Aujourd'hui, dans un contexte financier de réduction des dépenses, et dans le contexte de la pénurie de médecins psychiatres sur de nombreux territoires⁽¹⁾, chaque CMP propose un fonctionnement qui lui est propre, afin de remplir ses missions déterminées au niveau national. Cette organisation souple des CMP crée des disparités sur les territoires et freine la compréhension générale du fonctionnement de la psychiatrie de secteur. Acteur incontournable de l'accompagnement des personnes qui ne sont pas hospitalisées, le CMP n'en est pas moins un service sanitaire. Même si un grand nombre de CMP pratique « l'aller vers », ceux-ci communiquent très peu sur leurs pratiques, en dehors des rapports annuels d'activité. Or, la visibilité des actions et la transparence de l'organisation sont nécessaires pour une meilleure lisibilité et une meilleure articulation avec les partenaires. Les CMP devraient disposer d'un moyen de valoriser leurs actions d'« aller vers » les personnes, par des outils statistiques uniformisés sur le territoire national, permettant des études fines des modes d'action des CMP, et, à terme, d'inclure dans les CPOM⁽²⁾ des objectifs sur ce mode d'intervention.

La pluralité des métiers au sein des CMP doit être vue comme une opportunité, dans la perspective du développement d'une démarche « d'aller vers » du CMP. Face au manque de médecins-psychiatres sur certains territoires, permettre à d'autres professionnels, comme les infirmiers ou des travailleurs sociaux, de développer des compétences favorisant un suivi soutenu, est un pré-requis dans la conception d'un CMP allant au-devant des personnes. Ce rôle préventif et ce développement de « l'aller vers » ne peut se faire sans un repositionnement global de la psychiatrie de secteur.

Le maillage territorial des équipes mobiles psychiatrie précarité gagnerait quant à lui à être renforcé. L'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour tous passe par la pérennisation et l'amélioration de dispositifs d'aller vers comme le sont les EMPP. Il est nécessaire que les EMPP couvrent l'ensemble du territoire et harmonisent leurs fonctionnements : en effet, les remontées actuelles montrent que des territoires ne sont pas couverts (notamment certains territoires ruraux où les personnes sont très isolées) et que les EMPP fonctionnent de manière très différente (certaines acceptent de se déplacer dans les structures, les logements pour aller à la rencontre des personnes, d'autres s'y refusent, certains ont une voiture pour se déplacer, d'autres ne peuvent recevoir les personnes que dans leurs locaux, certaines ont des temps de travailleurs sociaux, de psychiatres à temps plein, d'autres non, etc.). Les EMPP permettent non seulement d'aller vers les personnes les plus en souffrance et les plus isolées, mais aussi de faire lien avec les équipes sociales, dans une optique de coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires autour de la personne, dans le cadre d'un accompagnement global.

(1) Rapport de l'Irdes, *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*, décembre 2014.

(2) *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*.

b. Cibler les jeunes

Les jeunes sont une population particulièrement fragile : les problèmes de santé psychique – d’addictions notamment – lorsqu’ils se cumulent à une difficulté de logement, peuvent rapidement les entraîner dans une spirale infernale. À cet égard, il est possible de s’inspirer du programme TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée), en veillant à assortir ce programme d’une proposition d’hébergement, afin de « tirer les jeunes vers le haut ».

Expérimenté au Québec par l’association « Spectre de rue » depuis quinze ans, TAPAJ ⁽¹⁾ est un programme de revalorisation par le travail pour les jeunes en errance, consommateurs de substances psychoactives. Il leur permet d’être rémunérés en fin de journée pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualification ou d’expérience professionnelle particulière et ne les engage pas sur la durée. TAPAJ apporte en cela une réponse adaptée aux jeunes en errance que leurs problématiques sociales, éducatives et sanitaires tiennent éloignés des dispositifs de droit commun. TAPAJ s’adresse à des jeunes de 18 à 25 ans, très marginalisés, sans domicile fixe (vivant en squats, dans la rue ou en hébergement précaire), consommateurs de substances psychoactives, qui vivent en dehors de tout système d’aide et qui revendiquent ce mode de vie. TAPAJ repose sur un partenariat entre un dispositif spécialisé en addictologie (CSAPA ou CAARUD) ⁽²⁾ qui coordonne le programme, une association intermédiaire, qui est l’employeur juridique du jeune, et des partenaires pourvoyeurs de contrats (collectivités territoriales et entreprises).

En amont du programme, un travail de contact et de repérage des jeunes est effectué par les éducateurs lors de sessions de travail de rue. Elles visent à entrer en lien avec des jeunes en errance dans différents espaces publics et à faire connaître les CAARUD et leur offre. En intégrant le programme, les jeunes se voient proposer de travailler dans un premier temps un maximum de 4 heures par semaine, sans aucune condition de changement du mode de vie ni d’arrêt des consommations, pour 10 euros de l’heure payés le jour même en chèque emploi service. Les chantiers proposés peuvent être l’entretien d’espaces vert, la manutention en grandes surfaces ou encore la décoration de façades publiques. Si cette première phase est concluante, le jeune peut se voir proposer un contrat de travail allant jusqu’à trois jours ainsi qu’une mise à plat de sa situation administrative, médicale et sociale. La troisième phase consiste en un véritable accompagnement, avec une augmentation du volume horaire travaillé, une expérimentation de chantier autonome et un accompagnement du projet d’insertion professionnelle.

(1) TAPAJ a été adapté en 2013 au contexte français par le Comité d’Étude et d’Information sur la Drogue (CEID) de Bordeaux, adhérent de la FNARS et de la Fédération Addiction. Le programme a été retenu au titre des priorités du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 et a été inscrit par la MILDECA parmi les actions innovantes dont elle accompagne le développement.

(2) Centre de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Centre d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

TAPAJ constitue une porte d'entrée vers le soin par son appui sur les valeurs de la réduction des risques, qui en constituent la colonne vertébrale. Grâce à un travail éducatif spécifique dit « de côte à côte », des espaces de parole entre le jeune et le professionnel se développent. Le programme TAPAJ comprend trois phases dont l'un des objectifs transversaux est la revalorisation de soi. L'accès au monde du travail et à ses codes (contrat de travail, rémunération, horaires, etc.) ainsi que les entretiens en côte à côte apportent une véritable valeur ajoutée en favorisant l'estime de soi et peu à peu l'émergence d'un projet (projet professionnel, de soin, de vie, etc.). Au fur et à mesure des phases, l'accompagnement s'individualise et se structure, le jeune se voit confier des contrats plus longs, de droit commun parfois, attestant de son autonomie grandissante. Ainsi, les actions de réduction des risques sanitaires et sociaux se retrouvent à tous les niveaux du programme. Elles nécessitent des techniques éducatives spécifiques : l'aller vers, l'accueil de la personne là où elle en est de son parcours, sans préalable ni jugement, le « faire avec », l'entretien « côte à côte ». L'insertion professionnelle représente ainsi à la fois un moyen et une perspective, mais non une finalité. Par conséquent, l'évaluation du programme ne saurait se résumer aux sorties positives en emploi. Les premiers résultats de TAPAJ Bordeaux sont encourageants : amélioration de la perception des jeunes dans l'espace public, amélioration de l'estime de soi, reprise d'une démarche de soins ; certains « tapajeurs » ont repris des études ou une formation professionnelle, d'autres se sont stabilisés dans un emploi durable, et ils forment désormais une communauté alimentant un blog.

c. Intégrer les activités de prévention aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a institué les PRAPS. Ces programmes régionaux « *s'attachent à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.* » Ils sont une interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies.

La nouvelle loi de santé réaffirme que le PRAPS – seul programme spécifique subsistant dans le projet régional de santé – détermine, à échéance de cinq ans, les actions à conduire, les moyens à mobiliser, les résultats attendus, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de suivi et d'évaluation. L'amélioration de la réponse aux besoins de santé mentale des personnes en situation d'exclusion est un sujet de préoccupation partagé : 96 % des PRAPS en ont fait un axe de travail.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DES CRÉDITS

À l'issue de l'audition, en commission élargie, de Mme Emmanuelle Cosse, ministre du logement et de l'habitat, (voir le compte rendu de la commission élargie du 3 novembre 2016 à 21 heures⁽¹⁾) la Commission des affaires sociales examine, pour avis, les crédits pour 2017 de la mission « **Égalité des territoires et logement** » sur le rapport de **Mme Dominique Orliac** (Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables).

Suivant l'avis favorable de la rapporteure pour avis, la Commission a adopté les crédits de la mission « **Égalité des territoires et logement** » sans modification.

(¹) http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2017/commissions_elargies/cr/.

ANNEXE
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE
POUR AVIS

- **Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) – M. Florent Gueguen**, directeur général, et **Mme Marion Quach-Hong**, chargée de mission
- **Ministère des affaires sociales et de la santé – Direction générale de la cohésion sociale** – **Mme Aude Muscatteli**, sous-directrice de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté, et **M. Olivier Petit**, chef du bureau « Urgence sociale et hébergement »
- **Samu social de Paris – M. Abdon Goudjo**, directeur du pôle médical et soins
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ^(*)** – **Mme Jeanne Dietrich**, conseillère technique emploi/logement, pôle lutte contre les exclusions, **M. Laurent Thévenin**, directeur général FNH-VIH et autres pathologies, et **M. Georges Martinho**, directeur général adjoint de la Fédération Addictions
- **Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Paris :**
 - **Mme Blandine Arzel**, directrice de l'Unité « Confluences » de Paris 13^e du CSAPA,
 - **M. Abdelka Boumansour**, directeur général adjoint du pôle addictions du groupe SOS Solidarité
 - **Mme Anne Guérin**, déléguée régionale Île-de-France du groupe SOS Solidarité, en charge du secteur addiction
- **Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement DIHAL** – **M. Sylvain Mathieu**, délégué interministériel, et **Mme Pascale Estecahandy**, coordinatrice technique « un chez-soi d'abord »
- **Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) – M. Jean-Martin Delorme**, directeur

() Ce représentant d'intérêts a procédé à son inscription sur le registre de l'Assemblée nationale s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*