



Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps

CS 60615 - 35 706 RENNES CEDEX 7

Tél. 02.99.38.04.14 – Fax. 02.99.63.41.87

Email : creaibretagne@cegetel.net - Site Internet : www.creai-bretagne.org

EVALUATION ANNUELLE CROSMS 2008

de l'évolution de l'équipement au regard de l'état des besoins
tel qu'il ressort des schémas départementaux
et des schémas et synthèses régionaux

Présentation 2009

**Fenêtre Personnes
en difficultés sociales**

réalisée par le CREAI de Bretagne
Janvier 2010

Document remis au secrétariat du CROSMS en janvier 2010
et validé par le CROSMS en séance du 11 juin 2010

Sommaire

I – Analyse documentaire relative aux évolutions de prise en charge	6
II – Rappel des orientations des schémas	28
III – Analyse rétrospective des projets présentés en CROSMS illustrant ces évolutions de prise en charge	32

Cette année, à la demande de la DRASS, « l'évaluation annuelle » vise à identifier et à analyser les évolutions qualitatives des prises en charge dans le secteur social et médico-social.

Pour ce faire, nous avons opté pour une réflexion en 3 temps :

1. Une analyse documentaire relative aux évolutions des prises en charge

Cette partie rend compte des évolutions législatives mais aussi des évolutions telles qu'elles apparaissent dans les rapports d'étude (DREES, DRASS de Bretagne, CREAI de Bretagne ...) ou actes de colloque, etc.

2. Une analyse des constats et des orientations des schémas

Cette partie propose une lecture comparative des orientations départementales

3. Une analyse rétrospective des projets présentés en CROSMS

Enfin, une troisième partie rend compte des évolutions des réponses au travers de l'activité du CROSMS sur les 5 dernières années (2005 à 2009, l'année 2009 restant à introduire).

I – Analyse documentaire relative aux évolutions de prise en charge

Les publics concernés sont ceux qui peuvent avoir accès à :

- un hébergement en CHRS
- une structure d'hébergement hors CHRS
- un hébergement d'urgence
- un hébergement de stabilisation
- un hébergement d'insertion
- une maison-relais
- une résidence accueil pour personnes présentant un handicap psychique
- un foyer de jeunes travailleurs (FJT)
- une résidence sociale
- un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ou un centre provisoire d'hébergement (CPH)
- un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARRUD)
- un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)
- un centre 'conventionné' de soins spécialisés pour toxicomanes (CCSST)
- un appartement de coordination thérapeutique (ACT)
- un lit halte soins santé (LHSS)

Le document « ***Etre solidaire, ça s'apprend. Structures pour personnes en difficultés sociales en Bretagne au 31 décembre 2008*** »¹ fait le point, pour chaque département, et pour les établissements d'hébergement, sur leur nombre, le nombre de places, le taux d'équipement pour 1000 habitants et pour 1000 habitants de 20-59 ans et donne la liste des structures et le détail de leur offre.

Le document « ***Schéma régional médico-social d'addictologie de la région Bretagne 2009-2011***² » fait le point sur les services de prévention, de prise en charge et d'accompagnement personnes aux prises avec des pratiques addictives (alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances)

1- Eléments d'évolution de la demande sociale

Les publics de ces structures peuvent être définis comme des ménages et des personnes vulnérables ou fragiles, dont les difficultés sur le plan économique et budgétaire, sur le plan social, sur le plan de leur santé éventuellement, rendent difficiles l'accès et le maintien dans un logement ordinaire en autonomie. Outre la prestation logement, l'ensemble de l'offre d'équipements concernés se caractérise en effet par la présence d'un dispositif d'accompagnement social plus ou moins important réalisé par les professionnels au sein de ces structures d'hébergement.

Les facteurs qui pèsent sur la demande pour ce type d'équipement sont d'ordre divers. Cette demande a pour caractéristique essentielle, plus que dans les autres champs du secteur social et médico-social, d'être fortement tributaire de l'évolution du contexte économique général de la société, puisqu'une période de croissance favorise la création d'emplois, qui permet alors l'accès d'un plus grand nombre de ménages à un logement ordinaire. De ce fait, les aspects qualitatifs de la prise en charge et de l'accompagnement réalisé dans ces structures d'hébergement sont étroitement liés aux aspects quantitatifs (nombre de places disponibles et surtout flux de sorties et d'entrées).

En conséquence, repérer les facteurs qui pèsent sur la demande régionale et locale est complexe, du fait également que les effets sociaux du contexte économique général ne sont observables statistiquement qu'avec un décalage dans le temps. Les études et rapports à ce sujet sont plus des études nationales que des études régionales ou locales.

Le **15^{ème} rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées**³, examine les facteurs qui pèsent sur les processus d'exclusion sociale qui peuvent conduire à s'orienter vers une structure d'hébergement de ce type et indique à ce propos :

« Les processus d'exclusion qui conduisent à la rue se développent et diversifient les profils des personnes confrontées au besoin d'hébergement d'urgence. On a longtemps sous-estimé l'impact des évolutions sociétales sur les besoins d'hébergement dont la croissance était considérée comme un phénomène conjoncturel, destiné à se résorber. »

¹ Accès : www.bretagne.sante.gouv.fr

² Accès : www.bretagne.sante.gouv.fr

³ « Hébergement des personnes en difficulté : sortir de la gestion de crise », juin 2009. Accès : www.hclpd.gouv.fr

Le Haut Comité appelle à regarder en face l'exclusion des années 2000 et ses différents moteurs : la précarité de l'emploi et la faiblesse des revenus, la hausse des coûts du logement et la disparition des formes d'habitat telles que les hôtels meublés (...), la fermeture des lits d'hôpitaux, notamment psychiatriques, le développement de l'isolement relationnel dans une société de plus en plus urbaine, les migrations internationales de personnes en difficulté... La conjugaison de ces différents facteurs produit une exclusion qui touche des publics plus nombreux et plus diversifiés. » (synthèse du rapport, p. 5)

« L'exclusion extrême, celle qui conduit des personnes dans la rue ou dans des conditions indignes, a profondément évolué depuis la création des premiers centres d'hébergement : elle touche des personnes de plus en plus nombreuses et plus diverses. » (rapport p. 13).

Le Haut Comité mentionne que le processus d'exclusion recouvre plusieurs dimensions :

- **exclusion de l'emploi et des ressources** : « le développement des situations de « sans-abrisme », qui n'est pas spécifique à la France, s'est fait en période de croissance »

- **exclusion du logement** : « nous avons connu un renchérissement général du coût du logement, qui est en partie justifié par l'augmentation du confort, et en partie le fruit de phénomènes purement économiques voire spéculatifs. La part du logement dans les dépenses des ménages est passée de 14% dans les années 1980 à 22% aujourd'hui ».

- **exclusion des soins** : « L'hôpital n'assume plus aujourd'hui sa fonction d'hospice (...). La prise en charge médicale des personnes dépourvues de domicile est devenue un problème. Ce qui est vrai pour les soins cliniques l'est pour les soins psychiatriques, dont le nombre de lits d'hôpital a été divisé par deux au cours des trente dernières années. Une telle diminution pose la question de la prise en charge sociale et de la continuité du soin d'une population que la maladie mentale peut conduire à des comportements qui l'exposent à la perte du logement. Par ailleurs les situations de précarité, et plus encore la rue, sont des facteurs qui génèrent ou aggravent des pathologies psychiatriques ou physiques. » (p. 14)

- **exclusion du lien social** : la société contemporaine produit sans cesse de nouveaux moyens de communication, mais elle fabrique aussi de l'isolement et réduit les solidarités spontanées ; « les situations de rupture et de recomposition familiale sont devenues partie du mode de vie. Elles exposent au risque d'isolement »

- **exclusion de la citoyenneté** : « La France, comme tous les pays développés, n'est pas confrontée uniquement à l'exclusion qu'elle produit. Elle doit également faire face à une exclusion importée. (...)

Il y a peu de raisons de penser que l'avenir conduise à une réduction de cette pression internationale sur nos besoins d'hébergement. » (p. 14)

Le **rapport parlementaire n° 1306**⁴ de décembre 2008 présenté par Etienne Pinte, député, souligne la difficulté à appréhender les évolutions des besoins de ces publics, notamment dans le contexte actuel de crise économique :

⁴ Accès : www.assemblee-nationale.fr

« Malgré les résultats obtenus, les conditions d'accès au logement des ménages les plus modestes restent difficiles et semblent s'être plutôt dégradées ces dernières années, même s'il convient d'être prudent sur la situation actuelle :

- car les données statistiques disponibles s'arrêtent en 2006 ou 2007 ;*
- car le « retour » en termes de logements disponibles des crédits engagés est décalé. Un délai d'environ trente mois sépare le financement de la mise en location des logements sociaux neufs ; en conséquence, la forte augmentation du nombre de logements sociaux financés de 2004 à 2006 ne se traduira logiquement par une progression du nombre de logements sociaux mis en location qu'entre 2007 et 2009 ; en 2005, seuls 46 000 logements ont été mis en service, et 50 000 en 2006 ;*
- car, dans l'autre sens, il est évidemment impossible de prévoir les conséquences exactes de la crise économique présente. »*

Ce rapport parlementaire détaille les « *Insuffisances du dispositif d'hébergement* » en ces termes :

« Outre la part importante des personnes en fait insérées dans la société et l'emploi qui sont contraintes de résider dans des structures d'hébergement, d'autres indicateurs, notamment ceux des documents budgétaires, rendent compte des insuffisances de notre dispositif d'hébergement :

- en 2007, 70 % seulement des appels au 115 ont reçu une réponse « adaptée » à la demande d'hébergement exprimée ;*
- la même année, seules 52 % des sorties de CHRS se sont accompagnées d'un accès au logement « durable » (y compris en résidence sociale ou maison-relais).*

Certes, la mise en place d'un dispositif d'hébergement optimal se heurte à deux types de tensions entre des impératifs difficiles à concilier :

- d'une part, la tension entre la contrainte de gérer un flux de personnes sans-abri avec un dispositif fluide et la revendication légitime d'un droit à l'hébergement stable et durable, sinon définitif, de chacun (d'où les mesures de pérennisation de places, de création de places « de stabilisation »...), tension que seule peut surmonter la sortie par le haut que constitue l'accès au logement des personnes hébergées qui le peuvent ;*
- d'autre part, la tension entre la volonté d'adapter les dispositifs aux besoins des différents publics, en différenciant les formules, et la nécessité d'un accueil en urgence « généraliste » qui s'adapte aux besoins et gère l'imprévu inhérent à l'urgence, même si cela implique parfois d'héberger des personnes dans des structures qui ne leur sont pas normalement dédiées ou dans des conditions peu satisfaisantes.*

Cela dit, sans contester l'ampleur de l'effort effectué en quelques années, des faiblesses durables subsistent, notamment la sous-dotation chronique du budget de l'hébergement d'urgence (stricto sensu, hors CHRS, maisons-relais, etc.), les crédits de loi de finances initiale devant systématiquement être complétés en cours d'année,(...).

Sans doute est-il délicat de programmer l'urgence, mais il convient d'être conscient des conséquences néfastes d'un mode de gestion qui entraîne nécessairement des retards dans la mise à disposition des crédits : l'obligation pour les opérateurs associatifs de se financer sur leur fonds propre ou par l'emprunt ; leur découragement consécutif ; l'affaiblissement de la crédibilité de l'Etat ; la remise en cause brutale d'actions en cours et la mise à la rue de

personnes hébergées ; le coût extrêmement lourd du recours aux nuitées à l'hôtel, de l'ordre de 30 euros par nuit et par foyer, soit un million d'euros par jour sur tout le territoire ... ».

Il est difficile d'évaluer l'impact de la crise économique, qui touche l'ensemble des pays industrialisés depuis 2008, sur la demande pour les structures d'hébergement. L'un des indicateurs statistiques le plus sensible rapidement est celui relatif au nombre de personnes bénéficiaires des minima sociaux, dont le RMI (revenu minimum d'insertion), aujourd'hui RSA. On peut donc en prendre la mesure en considérant les évolutions antérieures à cette crise, et les évolutions actuelles, tant sur le plan national que régional.

Le **rapport 2007-2008 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale**⁵ travaillait sur les données disponibles jusqu'en 2006 et notait que le nombre total d'allocataires des cinq minima sociaux (RMI, AAH, ASV, ASS, API)⁶ avait augmenté régulièrement de 2001 à 2006 (2,75 millions de personnes), dont le nombre d'allocataires du RMI de 28%. (rapport p. 63)

Les derniers chiffres⁷ relatifs au nombre d'allocataires du RMI jusqu'au 31 mars 2009 et du RSA au 30 juin 2009 traduisent la détérioration du marché du travail, puisque, pour la première fois depuis mi-2006, en données corrigées des variations saisonnières, ce chiffre augmente de 1% au premier trimestre 2009. En France (Métropole et Dom), le nombre de foyers percevant le RMI était de 1,13 millions au 31 mars 2009 et, au bout de un mois de mise en œuvre, le nombre de foyers bénéficiant du RSA est de 1,48 millions, dont 280 000 nouvellement inscrits, personnes qui travaillent mais dont les revenus sont faibles. Ces allocataires du RSA sont pour moitié des personnes seules et un tiers des familles monoparentales.

Ces données ont des conséquences directes sur l'accès au logement autonome et par déduction sur les structures d'hébergement. Le rapport de l'Observatoire de la pauvreté mentionne que :

« La proportion de bénéficiaires de minima sociaux ayant un logement autonome a diminué de 24% entre 2003 et 2006, notamment en raison d'un accès réduit au parc locatif social. La part des personnes hébergées par un proche a progressé. Si cette dernière solution aux problèmes de logement reste fréquente chez les jeunes hommes célibataires, elle concerne maintenant aussi les femmes seules et d'autres tranches d'âge.

Un quart des bénéficiaires du RMI, de l'API ou de l'ASS ne disposent pas de leur propre logement. Ils habitent dans un logement prêté par des proches, sont hébergés par des amis ou des parents, vivent en hôtel, dans un abri de fortune ou sont sans domicile. » (rapport p. 131)

⁵ Accès : www.hclpd.gouv.fr

⁶ Ces prestations (Revenu minimum d'insertion, Allocation aux adultes handicapés, Allocation supplémentaire de vieillesse, Allocation de solidarité spécifique, et Allocation de parent isolé) regroupent 90% des allocataires de minima sociaux.

⁷ Source : *L'essentiel*, revue électronique de la CNAF, Direction des statistiques, des études et de la recherche, n° 87 et n°90

L'enquête réalisée en mai et juin 2009 auprès des CCAS de France par l'Union nationale des CCAS⁸ donne également des éléments de réponse sur les effets de la crise sur les difficultés des publics accueillis :

« 75 % des CCAS/CIAS répondants ont constaté une augmentation globale des demandes d'aides individuelles (en espèce, en nature ...) depuis le début de la crise.

Dans 33 % des cas, cette augmentation correspond à une hausse de 10 à 20 % des demandes (de 20 à 30 % des demandes dans 26 % des cas).

Pour 50 CCAS, la hausse dépasse 40 %. Pour 6 CCAS, elle culmine à + 90 %.

Cette hausse des demandes d'aides individuelles se traduit majoritairement (52 % des cas) par une augmentation brute du nombre de demandes adressées au CCAS/CIAS.

36 % des sollicitations portent sur des aides alimentaires et 30 % sur des aides financières.

Pour près de 40 % des répondants, les montants d'aides sollicités et alloués effectivement aux personnes sont en augmentation.

Le premier élément déclencheur de la demande est la modification des conditions d'emploi de la personne - perte d'emploi et/ou travail précaire (31 % des réponses) suivi de l'accroissement du surendettement et des problèmes de remboursement de crédits (30 %) ainsi que des difficultés quotidiennes (29 %).

Parmi ces difficultés quotidiennes figurent majoritairement les difficultés de paiement des factures d'énergie (44 %) et des loyers (36 %).(...)

Si on agglomère les positions respectives des différents publics, les nouvelles demandes concernent :

- Des personnes jusque là inconnues du CCAS (18,85 %)**
- Des personnes en situation d'emploi (18,80 %)**
- Des personnes au chômage (17, 7 %) »**

Pour la Bretagne, nous disposons des éléments suivants :

Le rapport 2007- 2008 de ***l'Observatoire de la pauvreté*** cité précédemment soulignait (p. 77 à 80) que la région se caractérisait par un bon positionnement selon l'indicateur du taux de pauvreté monétaire (calculé sur la base du nombre de personnes pauvres éloignées du seuil de pauvreté national : 788 €. par mois). Par contre si l'on se base sur la proportion d'allocataires des minima sociaux parmi la population âgée de 20 à 64 ans, on constate que la région comprend un département dans la tranche la plus forte (l'Ille-et-Vilaine, taux supérieur à 9,1%) et les trois autres départements de 7,7 à 9,1% alors qu'en Métropole, le taux moyen est de 7,5% en fin 2005.

⁸ Enquête *UNCASS - Gazette Santé – social* auprès de 3 700 adhérents de l'UNCASS, résultats sur le site : www.unccas.org

L'étude de l'INSEE publiée en janvier 2008⁹ met évidence que 9,6 % de la population bretonne vit sous le seuil de pauvreté (contre 11,7 % en France), le département le plus pauvre étant les Côtes-d'Armor, le moins l'Ille-et-Vilaine. La population la plus touchée dans la région est celle des personnes âgées de plus de 65 ans, vivant seules (10,2 % de cette tranche d'âge sous le seuil de pauvreté contre 7,8 % en métropole).

Les dernières données relatives au nombre d'allocataires du RMI et du RSA confirment ces constats¹⁰ : pour ce qui est du taux d'allocataires par rapport à la population âgée de 20 à 64 ans, la Bretagne se situe dans les tranches les plus basses : ainsi pour le RMI, les taux d'allocataires du RMI par rapport à la population adulte de 20 à 64 ans au 31 décembre 2008 en Côtes-d'Armor et Ille-et-Vilaine se situent entre 1,1 et 1,9 % et en Finistère et Morbihan entre 1,9 et 2,4 %, pour un taux moyen de 2,8 % en France métropolitaine.

Sur le plan régional également, on peut souligner un facteur qui pèse sur le fonctionnement des structures d'hébergement : il s'agit d'une **offre de logements sociaux inférieure à la moyenne nationale**, puisque au premier janvier 2006, la part des logements sociaux dans les résidences principales est en Bretagne de 10,4 % contre 16,2 en France métropolitaine¹¹. Il s'ensuit automatiquement une plus grande pression et difficulté des demandeurs pour l'accès à ce parc, notamment pour les résidents des structures d'hébergement.

Par ailleurs, concernant *les usagers de drogues et les personnes alcooliques* susceptibles de s'adresser à un CAARRUD, un CCAA ou un CCSST (transformé, on sait que, en ce qui concerne les facteurs qui pèsent sur la demande sociale, on s'inscrit dans la longue durée : comme le montrent toutes les études à ce propos, la Bretagne est depuis plus de 50 ans dans une situation particulière par rapport à l'ensemble national, situation de forte consommation d'alcool et de drogues illicites, même si des tendances à un rapprochement des moyennes nationales existent. Signalons quelques études qui le démontrent ou le rappellent :

- l' « **Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne** » (année 2007)¹² sert de base au Schéma régional médico-social d'addictologie qui indique :
« *La région Bretagne est caractérisée par des indicateurs épidémiologiques défavorables en matière d'addictions. Ce constat renforce la nécessité d'une amélioration de la prise en charge globale des populations présentant des conduites addictives et d'une meilleure articulation des différents intervenants. Il s'agit de dérouler une chaîne de soins articulée depuis la prévention jusqu'à l'insertion sociale et incluant la prise en charge médico-psycho-sociale* » (p. 10)
(...)
« *La Bretagne se classe aussi parmi les régions à forte consommation de médicaments psychotropes (2ème rang pour les hommes et 4ème rang pour les femmes).*

⁹ La pauvreté moins marquée en Bretagne, revue *Octant*, n° 111, janvier 2008 p. 22-25

¹⁰ CNAF, revue *l'Essentiel*, n°87 et n°90.

¹¹ Source DRE, *Enquête Patrimoine Locatif Social*, in PDALPD Côtes d'Armor, 2009-2011, p.8

¹² Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne, tableau de bord 2007, CIRDD Bretagne, ORSB, DRASS de Bretagne

Les expérimentations des substances illicites se révèlent supérieures en Bretagne à la moyenne française : l'expérimentation d'ecstasy, de champignons hallucinogènes et de cocaïne est près de deux fois supérieure en Bretagne⁶. Sur l'année 2006, l'héroïne et la cocaïne semblent être en hausse dans la région tant en terme d'accessibilité que de consommation » (p. 11).

- le **Guide pratique à destination des élus. Prévention des conduites addictives Une aide à la mise en place d'actions de prévention sur les communes du Morbihan**¹³ (2009) établi dans le Morbihan indique :

« En règle générale, chez les jeunes de 17-18 ans en Bretagne, les usages du tabac, l'expérimentation de l'ivresse, l'usage du cannabis, se situent à des niveaux plus élevés que ceux mesurés sur le reste de la France métropolitaine.

Ainsi, la Bretagne se distingue des autres régions de France par une déclaration de pratique de l'ivresse plus importante.

A 17 ans, 23 % des jeunes bretons déclarent avoir été ivres au moins 10 fois au cours de l'année (9,7 % en France). Les jeunes bretons surconsomment en général des alcools forts, des premix et de la bière plus souvent sur la voie publique qu'en France et plus souvent sans leurs parents.

Pour le tabac, la Bretagne se situe au 3^e rang de la région la plus consommatrice chez les jeunes. Quant au cannabis, la Bretagne est une des régions où la consommation est la plus importante. 64% des jeunes bretons de 17 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis. »

- les **dernières publications de l'ORS**¹⁴ à ce propos indiquent, pour l'alcool : « Quelle que soit l'enquête (en population générale, chez les étudiants ou les plus jeunes...), la Bretagne se distingue des autres régions de France par une déclaration de pratique de l'ivresse (au cours de la vie, de l'année, répétée et régulière) plus importante. Ce mode d'alcoolisation apparaît plus masculin. En revanche, selon ESCAPAD 2005, les pratiques d'usages (...) chez les jeunes de 17 ans sont dans la moyenne française. »

« Globalement, la consommation régulière de l'alcool chez les jeunes n'a pas évolué entre 2001 et 2007 et les types de boisson les plus consommés régulièrement sont restés les mêmes, la bière conserve sa première place. Cependant, parmi les consommateurs réguliers d'alcool, les niveaux de consommation selon les types d'alcool ont varié entre 2001 et 2007 : (...), la consommation des alcools forts, des cocktails ou du vin a augmenté (...).

L'expérimentation de l'ivresse concerne 59% des jeunes en 2007 contre 51% en 2001. Néanmoins, la part des ivresses répétées, comme celle des ivresses récentes, est restée stable (...) ¹⁵ »

¹³ Accès : www.bretagne.sante.gouv.fr

¹⁴ Observatoire régional de la santé en Bretagne. Site <http://orsbretagne.typepad.fr> : « Synthèse du tableau de bord, année 2007 : Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne »

¹⁵ La santé des jeunes en Bretagne en 2007, ORBS, juillet 2008

- le séminaire « **Pour une meilleure gestion publique de la fête en Bretagne** »¹⁶, organisé par l'association *Adrénaline* et les sociologues de *Jeudevi*, indique que la Bretagne est la région (avec celle du PACA), dont plus de jeunes de 16 à 24 ans (16%) consomment du cannabis de façon régulière (données de 2002-2003), la consommation d'autres drogues étant beaucoup plus marginale. Les auteurs du rapport notent : « *La consommation de produits psychotropes est en augmentation jusqu'en 2005, notamment chez les jeunes, même si une légère diminution semble apparaître dans la dernière enquête ESAPAD (OFDT, CRIDT Bretagne 2009)* » (p. 20).

La fréquentation des lieux de consultation est aussi un bon indicateur de l'acuité de ces questions. L'ORS note à ce propos : « *En Bretagne, il existe 19 lieux de consultations cannabis. Sur la période de mars 2005 à mai 2007, chaque mois 16 personnes en moyenne ont été reçues par ces différentes structures (17,6 au niveau national), soit environ 430 personnes chaque mois. Parmi ces dernières, 83,8% sont des consommateurs (75,2% en France), 15,6% sont des parents (19,1% au niveau national), (SIMCAS, OFDT, 2007)*¹⁷.

Ces quelques indicateurs donnent une idée des tendances lourdes à l'œuvre dans la société bretonne et du poids des pratiques addictives chez les personnes s'adressant à des structures spécialisées dans le soin médical et psychologique, dans la prévention, mais aussi aux structures d'hébergement et d'accompagnement social.

2- Problématiques particulières

Les parcours des personnes entre des situations de non-logement, d'hébergement, et de logement autonome sont complexes et non linéaires très souvent. Ils sont déterminés à la fois par des variables macro-économiques (marché du travail, marché du logement) et par des facteurs individuels sociaux, familiaux, et de santé.

Le rapport 2007-2008 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale mentionne que :

« Les anciens sans-domicile interrogés dans le cadre de l'enquête décennale Santé ont connu des durées très variables de privation de logement : 21 % des anciens sans-domicile interrogés lors de l'enquête sont restés en centre d'hébergement moins de trois mois au cours de leur vie adulte, mais 15 % y sont restés plus de trois ans ; 25 % ont séjourné dans la rue ou dans un abri de fortune pendant moins de deux semaines, tandis que 28% y ont passé un an ou plus. »
(rapport p. 138)

¹⁶ Accessible sur le site : www.adrenaline.asso.fr

¹⁷ ORS, *Synthèse du tableau de bord 2007*, op. cit.

L'étude « **L'hébergement d'urgence dans les CHRS¹⁸** », basée sur les résultats de l'enquête ES 2004 auprès des 360 CHRS qui ont déclaré une section d'urgence, et offrant une capacité d'accueil de 4 500 places, a montré, sur la base d'une observation dans la nuit du 3 au 4 février 2005, pour 5 700 personnes hébergées dans ces sections que :

- ce public est composé de trois classes de ménages : pour 75%, il s'agit d'hommes de 25 à 44 ans habitués à ce type d'hébergement ; pour 13%, de jeunes parents ou de jeunes filles mères en difficulté ; pour 12% des mères isolées récemment précarisées.
- les femmes constituent la majorité des parents isolés et ces derniers étaient pour la plupart sans logement personnel depuis plus de six mois
- les jeunes adultes de moins de 25 ans représentent le quart de la population accueillie en urgence
- les victimes de violence constituent 12% de ce public (contre 17% dans les CHRS sans section d'urgence).
- les autres publics (sortants de prison et réfugiés) en constituent 28%.

Le rapport d'Etienne Pinte en mission auprès du Premier Ministre (décembre 2007-juin 2008) sur **L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées¹⁹** mentionne parmi les publics concernés :

- **les jeunes en errance** : « *il existe un phénomène spécifique d'errance des jeunes. Sans prétendre que ces jeunes proviennent exclusivement des structures et dispositifs d'aide sociale à l'enfance, il ressort toutefois des audits effectués par la mission une vulnérabilité particulière de ces publics confrontés à des histoires personnelles et familiales douloureuses. (...) Dans un tel contexte, il est indéniable que les actions visant à prévenir des situations de rupture ou d'abandon de ces publics ne peuvent être trouvées que dans un partenariat efficace entre les collectivités départementales, qui ont à remplir leur mission, y compris pour les jeunes majeurs de moins de vingt et un ans et l'Etat, qui finance les structures d'hébergement dans lesquels peuvent se retrouver ces jeunes, bien souvent de manière temporaire* », (rapport p. 25-26)

- **les jeunes mères** : « *La mission a été alertée à plusieurs reprises par le dispositif du 115 de jeunes mères avec leur bébé se retrouvant à la rue à leur sortie de maternité, alors qu'elles n'étaient pas connues des services de santé (y compris des services de PMI) jusqu'à la date de l'accouchement. (...) Il existe une pratique hétérogène de l'accueil des mères par les départements, du fait de la rédaction de cet article (article 222-5 du code de l'action sociale). Certains départements accueillent les familles sans restriction, d'autres demandent que soient réunis le besoin de soutien matériel et de soutien psychologique, d'autres étant disposées à accueillir les enfants, mais étant plus restrictifs pour les mères.*

¹⁸ DRESS, *Etudes et Résultats* n° 620, janvier 2008

¹⁹ Accès : www.assemblee-nationale.fr

Les jeunes mères sortant de la maternité avec des nourrissons de moins de 3 jours et sans solution d'hébergement sont de plus en plus nombreuses. (...) Les centres maternels n'accueillent que les jeunes femmes seules, or il existe aussi de jeunes couples en situation précaire qui ont besoin d'être accompagnés pour pouvoir construire leur famille et leur insertion professionnelle et sociale. Il conviendrait donc d'inciter les départements à créer des maisons parentales (...) ». (rapport p. 26)

A défaut de trouver réponse dans le cadre des établissements participant de la Protection de l'enfance, certaines de ces situations peuvent se retrouver dans des structures ou des dispositifs d'hébergement de lutte contre l'exclusion.

- **les sortants de prison** : « 85 000 personnes sortent chaque année de prison. Les liens entre la prison et l'hébergement précaire sont indéniables, rapportés par l'Observatoire international des prisons : 'un quart des personnes accueillies en CHRS a séjourné en prison ou a fait l'objet d'une condamnation pénale. Pour 20% d'entre elles, le passage en prison est l'événement qui les a fait basculer dans la précarité. Dans tous les cas, il va aggraver leur situation. Nous savons également que 22% des entrants en prison sont sans ressources et que 25% n'avaient ni logement, ni hébergement durables avant l'incarcération'. (...)

En pratique, de nombreux témoignages montrent que les sortants peuvent se retrouver, à la sortie, avec comme seule possibilité, le numéro 115. Les difficultés pour trouver un hébergement peuvent être accrues par la présence de problèmes particuliers (addictions, troubles psychiatriques...). Dans ces conditions, le mouvement associatif est bien souvent le refuge que peuvent trouver ces populations, lorsqu'ils ne se retrouvent pas à la rue. » (rapport, p. 27).

Le rapport parlementaire fait au nom de la **mission d'évaluation de la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes**²⁰ indique que « sur les 2500 CHRS existants gérés par les 750 associations on dénombre environ 60 structures se consacrant spécifiquement à l'accueil des femmes victimes de violences conjugales. Par ailleurs selon des données encore lacunaires, le nombre de places réservées à ce public s'élève à 3 673. ». Et il est écrit dans ce rapport que :

« Les conditions d'hébergement ne garantissent pas toujours un accueil spécifique permettant d'engager une démarche de réinsertion professionnelle, ce qui, dans certains cas, peut avoir des effets préjudiciables en termes de stigmatisation et d'enfermement dans une logique d'urgence. » (...)

« Il ressort des diverses auditions réalisées par la mission d'information que les structures d'urgence souffrent d'un manque chronique de moyens et de places pour l'accueil des femmes victimes de violences.

²⁰ Assemblée nationale, rapport n°1799 déposé le 7 juillet 2009, p. 194-197. Accès : www://assemblee-nationale.fr

Cette situation résulte pour partie d'un phénomène de saturation des centres d'hébergement d'urgence en raison des difficultés d'accès à un logement pérenne qui conduit à un allongement important de la durée de séjour des femmes victimes de violence : « la durée moyenne de séjour dans les centres d'accueil est passée de neuf mois à deux ans voire deux ans et demi ». Cette tendance, également constatée par la FNARS, a amené les auteurs du rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales et du Conseil général des Ponts et Chaussées à évoquer le risque d'un « enfermement dans une logique de l'urgence »¹ et de situations dans lesquelles faute de places disponibles, les femmes doivent changer à plusieurs reprises de lieu d'hébergement. »

« Les auditions de la mission ont également montré « la très grande disparité des structures et la nécessité d'assurer un maillage efficace du territoire.

Les structures d'hébergement d'urgence répondent, en effet, inégalement aux besoins selon les départements. »

Etudes régionales :

En Bretagne, les résultats de **l'enquête ES 2004** ont donné lieu une publication de la DRASS²¹ qui souligne quelques spécificités des publics des CHRS et des modalités de leur prise en charge et accompagnement (l'enquête concerne 30 établissements hébergeant 905 personnes au 15 décembre 2004, tandis que 1 023 personnes adultes sont sorties de ces établissements cette année-là) :

- longtemps porté sur l'urgence sociale, les CHRS « accueillent maintenant des familles, les enfants et adolescents représentent ainsi près du tiers des personnes hébergées (...) »
- « la durée moyenne du séjour s'allonge pour atteindre six mois. Près de deux adultes sur cinq accèdent à un logement ordinaire à leur sortie »
- la moitié des établissements accueillent tout public, tandis que dans l'autre moitié, « 56 % s'adressent prioritairement à des victimes de violences, 22 % à des personnes confrontées à l'alcoolisme ou aux toxicomanies, et 22 % à des personnes sortant d'établissements psychiatriques »
- avant son entrée en CHRS, un adulte sur quatre était hébergé chez des amis ou dans la famille, tandis que 22 % vivait en établissements médico-social et 18 % en établissement social ;
- plus du tiers des adultes accueillis en CHRS perçoit un revenu de travail ou de stage, mais avec des contrats de travail précaire
- les étrangers hors UE représentaient 22 % des adultes hébergés.

²¹ DRASS de Bretagne : *L'info statistique*, n°9, janvier 2007, site : <http://bretagne.sante.gouv.fr>

Pour les CADA, l'enquête menée sur 10 établissements accueillant 650 personnes au 15 décembre 2004²² met en évidence :

- l'importance du nombre de familles accueillies : trois adultes sur quatre sont accompagnés de leurs enfants qui représentent ainsi 47% des personnes hébergées ;
- un hébergement en appartement en dehors de la structure pour 75% des ménages ;
- l'existence d'une expérience professionnelle chez 80% des adultes accueillis ;
- l'accueil dans un établissement à caractère social avant l'entrée en CADA pour 46% des adultes.

Selon **l'enquête flash du 9 juin 2008**, 75 % des personnes hébergées (Stabilisation-insertion) bénéficiaient d'une structure adaptée contre 50 % des personnes hébergées en urgence soit des taux comparables au niveau national. Toutefois, la région se distingue par le taux d'inadéquation de personnes correspondant à un hébergement pour grands exclus :

- 32 % des inadéquations recensées pour les personnes hébergées en stabilisation contre 9% au plan national ;
- 14 % des inadéquations recensées pour les personnes hébergées en insertion contre 6 % au plan national.

De même, il est intéressant de souligner que parmi les refus d'admission :

- 31 % des refus sont dus à des difficultés d'addictions contre 16 % au plan national ;
- 52 % des refus sont dus à des problèmes psychiques ou de comportement contre 20 % au plan national.

Ces taux mettent en exergue le profil d'une partie du public à la rue dans notre région qui cumule les difficultés sociales, sanitaires et psychiques et qui complexifie la prise en charge.

L'analyse régionale des diagnostics hébergement réalisée par la DRASS de Bretagne mentionne que la part des personnes hébergées accédant au logement ordinaire, variable selon les départements, est d'autant plus importante que les personnes hébergées sont considérées comme public prioritaire du PDALPD (exemple en Ille-et-Vilaine : 65 % des sorties CHRS accèdent au logement ordinaire contre 24 % dans le Finistère).

En 2007, 47 % des personnes sorties de CHRS ont accédé au logement autonome (cible nationale : 40 % - taux national : 52 %). Ce taux est d'autant plus satisfaisant que le parc locatif social est modeste sur la région Bretagne (144 000 logements représentant 10.6 % du parc de logement contre 16 % au niveau national).

Il est le résultat des bonnes pratiques de partenariat entre bailleurs sociaux et gestionnaires d'hébergement qui viennent pallier ce déficit de logement sociaux. Ainsi, en Ille-et-Vilaine, une convention relative aux baux glissants a été signée entre l'Etat, la FNARS 35 et les bailleurs sociaux. De même, le travail des associations de médiation locative est largement souligné. Autre exemple, dans le Morbihan, le défaut de logements sociaux est compensée par une mobilisation importante du parc locatif privé à vocation sociale (3/4 des pers pouvant prétendre à un logement social dans le parc public sont en fait dans le parc privé)

²² DRASS de Bretagne : *L'info statistique*, n°11, novembre 2007, site : <http://bretagne.sante.gouv.fr>

Propositions pour améliorer l'accès au logement du public hébergé :

- identifier le public CHRS comme prioritaire pour l'accès au logement ;
- développer la sous-location qui permet de rassurer les bailleurs publics et privés ;
- développer le parc ALT : pertinence et souplesse de l'outil ALT sont reconnues toutefois, l'attention doit être attirée sur l'équilibre financier fragile de ce dispositif en raison de l'augmentation du coût des loyers et des charges face à une allocation qui n'a pas fait l'objet de revalorisation depuis 2004.

Le dispositif d'accueil et d'hébergement hivernal 2008-2009 du département du Finistère²³ formule l'observation suivante, relative à la situation et à l'attitude de personnes à la rue face à proposition d'une offre d'hébergement :

« Un certain nombre de personnes sans domicile fixe, très désocialisées, refusent toute aide ou hébergement ce qui les met en situation de danger potentiel. (...)

Si les personnes refusent d'être mises à l'abri alors qu'elles semblent en danger, il appartiendra aux agents entrés à leur contact d'user, dans un premier temps, de toute leur persuasion et en cas d'échec, de prévenir le centre 15 qui mobilisera les moyens appropriés afin d'évaluer la situation médicale de la personne et appréciera la nécessité de la faire hospitaliser (avec ou sans consentement), l'obligation d'assistance à personne en danger sera appréciée par les acteurs de terrain en lien avec le médecin régulateur du centre 15.

Il est souhaitable que la personne à l'origine du signalement attende l'arrivée des secours aux côtés de la personne afin de s'assurer de l'orientation décidée par le responsable de l'unité médicale. »

On retrouve la même observation dans le schéma du département d'Ille-et-Vilaine :

« Un certain nombre de personnes sans domicile fixe et très désocialisées refusent toute aide ou hébergement, ce qui les met en situation de danger potentiel. Une grande vigilance doit être maintenue les concernant.

Lorsqu'elles sont repérées par les différents acteurs de terrain (Samu social, pompiers, associations, police, secouristes...) elles doivent se voir proposer une place d'hébergement ou avoir la possibilité d'être accompagnées dans un lieu d'accueil ouvert 24h/24.

Si des personnes refusent d'être mises à l'abri alors qu'elles semblent en danger, il appartiendra aux agents entrés à leur contact d'user, dans un premier temps de toutes leur persuasion et, en cas d'échec, de prévenir le « 15 » (sur le département) ou SOS Médecins (à Rennes) qui mobilisera les moyens appropriés, dont l'appel au SAMU, afin d'évaluer la situation médicale de la personne et apprécier la nécessité de la faire hospitaliser AVEC OU SANS SON CONSENTEMENT. L'obligation d'assistance à personne en danger sera appréciée par les acteurs de terrain en lien avec le médecin régulateur du SAMU. »

²³ En ligne sur le site de la DRASS Bretagne, www.bretagne.sante.gouv.fr

Dans les Côtes-d'Armor, **le PDALPD 2009-2011** a collecté quelques données récentes à partir des caractéristiques des personnes qui sollicitent le 115 (1 567 en 2006 ; 1 899 en 2007) et indique ceci :

« La problématique principalement repérée est d'être sans domicile mais il s'agit plus d'une résultante d'autres problématiques souvent imbriquées : ruptures familiales, dépendances à l'alcool, difficultés psychologiques ...

La seconde problématique est la santé et les troubles psychologiques qui peuvent faire suite à des sorties d'hospitalisation sans hébergement. (...)

Les ruptures familiales sont nombreuses et touchent souvent des jeunes sortis du système scolaire, n'étant pas en capacité de trouver du travail et à la charge complète de leur famille. Si celle-ci est elle-même en difficulté, les conflits sont fréquents et poussent le jeune à quitter le domicile et, sans ressource, n'a d'autres solutions que l'hébergement d'urgence. »

En Bretagne, selon **l'analyse régionale des diagnostics hébergement** réalisée par la DRASS de Bretagne, l'enquête SOLEN 115 du 9 juin 2008 confirme ce public isolé et masculin. Cette enquête corrobore également les difficultés de fluidité du dispositif puisque 40 % des demandes d'hébergement enregistrées par les 115 n'ont pu être satisfaites (dont 71 % des demandes non satisfaites en raison du manque de places disponibles en Bretagne contre 47 % au niveau national) Un autre enseignement de cette enquête concerne la surreprésentation des femmes victimes de violence : 8 % des demandes d'hébergement contre 3 % au plan national.

Le **Plan Départemental d'Action pour l'Accueil, l'Hébergement, l'Insertion et le Logement des Personnes Défavorisées d'Ille-et-Vilaine** (qui regroupe les dispositions du PDALPD et du schéma AHI (Accueil Hébergement Insertion) donne des informations sur les populations en difficultés sociales sur le département. A partir de l'enquête « un jour donné » réalisé à partir du logiciel national SOLEN, le rapport indique :

« Sur les publics nécessitant une orientation à partir de l'hébergement d'insertion, 50 % étaient concernés par un accès en logement ordinaire.

Au niveau de l'exercice 2007, quelques faits marquants peuvent aussi être mentionnés à l'appui de ce constat :

- *sur 8 716 sollicitations du dispositif (demandes d'hébergement), 7 403 ont été suivies d'une admission, soit environ 85 %.*
- *sur les refus d'admission dans le dispositif d'hébergement (15 % du flux), 26 % provenaient de l'utilisateur qui ne souhaitait pas bénéficier de la solution proposée, et 74 % étaient le fait des structures (aux deux tiers par manque de places et ce, particulièrement en urgence, le reste suite à un problème de violence des usagers).*
- *concernant les sorties, chiffrées à 7 313 en 2007, la grande majorité d'entre elles concernait l'urgence (6 836), avec une absence d'information sur l'orientation concernant la majorité d'entre elles qui laisse supposer un manque de solutions d'aval et une absence de connaissance de la situation ultérieure des personnes à la sortie d'un hébergement d'urgence en cas de « remise à la rue ».*

De même, sur les 394 sorties depuis l'hébergement d'insertion, 65 % d'entre elles concernent l'accès au logement ordinaire ». (p.63)

Le Plan souligne l'importance des **problématiques de santé** dans ces populations :

« Les problèmes de santé des personnes accompagnées au sein du dispositif AHI ne sont pas tout à fait identiques selon qu'il s'agisse du public fréquentant les accueils de jour, l'hébergement d'urgence ou de stabilisation, les CHRS ou enfin les maisons-relais. Mais un certain nombre de constats communs se dégagent au-delà des spécificités. En effet, l'état de santé des personnes sans domicile est souvent très altéré avec des pathologies spécifiques liées :

- *à la précarité des conditions de vie au quotidien (risque accru de pathologies infectieuses, complications plus fréquentes de maladies parfois bénignes du fait d'une prise en charge parfois tardive, des dermatoses),*
- *aux consommations de produits psycho-actifs liées elles-mêmes à des parcours de vie difficiles,*
- *à des problématiques psychologiques voire des pathologies psychiatriques associées,*
- *à des problèmes de santé liés à une alimentation insuffisante et/ou déséquilibrée (problèmes digestifs, problèmes dentaires..).*

Concernant l'évolution de ces pathologies, il est constaté une augmentation de la polytoxicomanie et des problématiques psychiatriques associées.

Par ailleurs, on observe une augmentation de la fréquence des problématiques infectieuses (hépatite C, tuberculose, gale) notamment pour les publics fréquentant les accueils de jour.

Enfin, chez les toxicomanes, certaines pratiques d'injection impliquent des prises de risque importantes (asepsie cutanée, matériel non stérile..) et pour les personnes sous traitement de substitution, des mésusages de ces traitements sont observés par les professionnels. » (p. 43)

Enfin, ce document mentionne deux publics particuliers, décrits comme **« principaux publics émergents »** : d'une part les **jeunes adultes en errance**, d'autre part les **femmes victimes de violences** (document p. 63-67) :

*« **L'errance** : Au niveau des personnes sans-domicile, les plus en difficulté, la thématique de l'errance est d'une particulière acuité essentiellement sur la ville de Rennes et dans une moindre mesure à Saint-Malo, avec une hausse du « ressenti » de la présence de ces publics ces dernières années.*

Un chiffrage des publics en errance sur la ville de Rennes avait été réalisé en 2005. Aussi, une nouvelle enquête a été effectuée en 2008, sur l'ensemble du territoire départemental.

Cette étude a permis de chiffrer le nombre de personnes sans-domicile, en errance sur le département, à environ 300 à la fin du mois de juillet 2008. La grande majorité des publics en errance est localisée sur l'agglomération rennaise, et un chiffre de 252 personnes a pu être déterminé lors de l'enquête de juillet 2008 : si les problèmes sont concentrés dans quelques points du centre-ville et en périphérie des lieux d'accueil du dispositif AHI, ont également été mis en évidence des problématiques plus spécifiques de jeunes en errance plus invisibles sur des quartiers périphériques de la ville.

Sur l'agglomération de St Malo, les partenaires concernés par le premier accueil et l'hébergement d'urgence font état d'un chiffre compris entre 25 et 30 personnes pour cette enquête.

Sur les autres communes importantes du département (particulièrement Vitré, Fougères et Redon), cette problématique est repérée tant par les travailleurs sociaux que par les politiques.

La population en errance est majoritairement jeune ou très jeune : environ 75 % de la population qui fréquente l'accueil de jour de Rennes a moins de 35 ans. Dans ce groupe, la population des 18/25 ans reste fortement majoritaire. La présence de femmes et de jeunes femmes dans la rue est croissante tant à Rennes qu'à Saint Malo.

Des caractéristiques communes à ces publics ont été mises en évidence par les opérateurs de terrain :

- les plus jeunes arrivent des institutions, en échappant souvent à la scolarité.*
- la frontière de l'errance tend à s'estomper sur la perception de l'exclusion chez ces publics entre « à la rue » et « pas à la rue » : il s'agit pour certains d'un « rite » de passage vers un statut supposé d'adulte.*
- la grande marginalité fait de moins en moins peur aux plus jeunes. »*

*« **Les femmes victimes de violences.** De manière générale, il est difficile de mesurer l'ampleur du phénomène des femmes victimes de violences et d'avoir une connaissance exacte des demandes d'hébergement sur le département d'Ille et Vilaine.*

Ainsi, dans le cadre du repérage des femmes victimes de violences : des éléments de chiffre ont pu être effectués sur l'année 2007 (source : bilan du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes).

Les éléments recueillis sont les suivants :

- accueil et information de 570 femmes victimes de violence en 2007 par l'association « SOS victimes » à Rennes, avec un phénomène prenant de l'ampleur (429 nouveaux dossiers et 141 femmes déjà reçues l'an passé) ;

- 507 interventions réalisées par les services de la Direction Départementale de la Sécurité Publique :

. 438 ont une origine interne au service (saisine directe de la police)

. 69 de services extérieurs (ASFAD, Conseil Général via les CDAS...)

- au niveau du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, une hausse de ce phénomène est également mise en évidence même si un chiffre global reste pour l'instant complexe.

A titre d'exemple, une étude des dossiers individuels (1 730 dossiers) a été effectuée au CDAS de Villejean de l'été 2006 à l'été 2007 :

- le pôle accueil (traitement ponctuel) a recensé 122 situations de violences dont 97 avérées et 15 supposées.

- le pôle accompagnement (suivi individuel) a recensé, sur 520 dossiers, 93 situations de violences dont 73 avérées et 18 supposées, soit 18 % de la file active concernée.

- la CAO de Saint-Malo (association « Le Goéland ») a recensé 53 femmes victimes de violences accompagnées de 80 enfants. A noter que 15 femmes ont pu bénéficier d'un hébergement.

- Au niveau de la majeure partie du territoire départemental, Le CHRS « ASFAD » de Rennes effectue la prise en charge de ce type de public, avec au sein de ses 225 places actuelles une capacité d'accueil de 166 places initialement prévue pour les femmes accompagnées d'enfants, victimes de violences.

Durant l'année 2007, 36 femmes victimes de violences accompagnées d'enfants ont été hébergées dans le cadre de l'insertion.

Des éléments communs quant à la typologie de ces publics peuvent être relevés, de façon transversale, au niveau du département :

- d'une façon générale, les femmes victimes de violences ne sollicitent une aide que lorsque le danger pour elle et/ou pour leurs enfants est grave et imminent ;

- ce phénomène transcende les classes sociales et affecte des personnes non communément considérées comme étant en « difficulté sociale » ou en souffrance vis-à-vis d'une insertion globale.

- cependant, la situation de ces publics se révèle différente selon l'origine sociale et culturelle avec davantage de handicaps pour les femmes initialement les plus précarisées : problématique du travail, des ressources, de la prise en charge des enfants...

Dans le **département du Finistère, le PDALPD 2009-2011²⁴** établit quelques constats qui concernent les structures d'hébergement, à partir d'une concertation avec les acteurs locaux sur les Territoires d'action sociale et d'une enquête auprès de 1020 ménages, tels que :

* sur le Pays de Morlaix :

- l'existence de personnes en logement de fortune ou sans domicile fixe à Morlaix (connues du CCAS)
- les difficultés de sortie des structures d'hébergement type CHRS ou de logement ALT
- le manque de structures d'hébergement adaptées aux problématiques des jeunes : en errance, en rupture avec l'emploi nécessitant un accompagnement spécifique
- le problème de sortie des dispositifs d'hébergement (CADA, ALT) des réfugiés et régularisés de plus en plus nombreux sur le secteur de Morlaix

* sur le Pays de Brest :

- la problématique du public jeune en errance et en situation de non ressource
- un public très désocialisé, non accessible à un accompagnement social vers un logement autonome
- l'augmentation notable de situations d'urgence liées aux violences conjugales
- une absence de solutions en terme d'offre de logement et en hébergement sur le secteur rural et littoral

²⁴ Accès : www.cg29.fr

- les difficultés rencontrées par les personnes en souffrance psychique concernant l'ensemble des zones (Brest, Lesneven,...)

* sur le Pays de Cornouailles :

- la difficulté d'accès au logement constituant un frein à l'insertion professionnelle, en particulier chez les jeunes et les travailleurs saisonniers
- des difficultés de sortie des structures d'hébergement type CHRS ou de logement ALT provoquant leur engorgement
- la frilosité des opérateurs à s'engager dans des dispositifs d'accompagnement des publics fragiles (médiation locative, baux glissants...)
- les personnes en souffrance psychique : problème du recensement des besoins, la demande émanant principalement de la famille ou du voisinage

* sur le Pays du Centre Ouest Bretagne :

- La problématique des ménages en rupture familiale, et plus particulièrement celle des femmes avec enfants pour lesquelles il n'existe pas de réponse adaptée »

L'analyse régionale des diagnostics hébergement réalisée par la DRASS de Bretagne constate la faiblesse des dossiers déposés auprès des commissions de médiation pour le *droit au logement opposable (DALO)* : une centaine pour la Bretagne sur l'année 2008. La faiblesse du nombre de recours est justifiée en amont par le travail des acteurs locaux. Mais il existerait d'autres éléments d'explication :

- une majorité du public hébergé ne relève pas du logement autonome ;
- le déficit d'incitation des travailleurs sociaux de recourir à la commission de médiation.

Dans le « **Schéma régional médico-social d'addictologie de la région Bretagne 2009-2011**²⁵ », on trouve diverses observations relatives aux évolutions des pratiques addictives à partir notamment des observations sur les publics des structures CCAA, CSST et CAARUD. Ainsi :

« Entre 2006 et 2007, on constate une augmentation de 6,5% de la file active totale des CCAA bretons : cette file active est passée de 8 115 à 8 639 personnes. Dans le même temps, certaines structures ont intégré des consultations cannabis, d'autres ont été renforcées en termes de nombre d'heures d'ouverture, de nombre de professionnels présents... » (p.13)

(...) La répartition de la file active par sexe dans les CCAA en Bretagne est d'environ 1 femme pour trois hommes, ce ratio est identique à l'échelle nationale. S'agissant des tranches d'âge, la tranche des 40-59 ans est la plus représentée avec environ 50% des patients. »

²⁵ Accès : www.bretagne.sante.gouv.fr

Il souligne aussi des particularités départementales quant à l'origine de la demande de la part d'un usager de drogue :

« Ainsi, dans le Finistère, au CSST de Brest, environ 40% des demandes sont issues du domaine de la justice (qu'elles répondent à une obligation de soins, une injonction thérapeutique ou un classement avec orientation). Il en est de même pour le CSST de Rennes où près de 34% des demandes sont issues de la justice. S'agissant des équipes de liaison, c'est en Ille-et-Vilaine que celles-ci semblent davantage adresser les patients vers le CSST » (p.19)

3- Des évolutions observées dans la prise en charge

On se basera dans ce qui suit sur quelques entretiens avec des responsables de structures et sur quelques articles de presse, cette approche ne pouvant être exhaustive. Ces observations confirment certaines tendances régionales soulignées dans les publications de la DRASS, à partir de l'enquête ES 2004²⁶.

Dans **certains CHRS** sont soulignées les évolutions suivantes :

- un rajeunissement de la population accueillie, certaines demandes émanant de jeunes de 18 ans sans ressources pour payer la caution pour l'accès à un logement locatif privé ;
- une demande émanant d'étrangers sans papiers, après avoir été sortis d'un CADA du fait après avoir été déboutés de leur demande d'asile ;
- une augmentation de la durée de séjour, liée notamment à la réduction des ressources financières des personnes qui limitent leur accès à un logement autonome, et aussi du fait réduction de la dotation financière permettant de donner un 'pécule' aux résidents, limitée à ceux qui n'ont absolument aucune autre ressource (sans minima sociaux), notamment les sortants de prison durant la période d'instruction de leur dossier de demande de RMI, ou les personnes qui font une demande de reconnaissance de leur handicap à la MDPH et dans l'attente de la réponse ;
- et conséquemment, une réduction des taux de sorties et des taux de rotation, et des places pour des nouveaux entrants.

Les demandes pour **l'hébergement d'urgence** sont de plus en plus nombreuses et renvoient à des situations complexes, selon des observations locales²⁷ : sur Rennes, en 2008, le numéro 115 pour l'hébergement d'urgence a connu une hausse de 25% par rapport à l'année précédente (soit 21 273 appels). Certains jours du dernier hiver, le nombre d'appels a atteint 160. Dans le flot de demandes se trouvent des mères avec des enfants en bas âge.

²⁶ DRASS de Bretagne : L'info statistique, op.cit.

²⁷ Ouest-France – Rennes du 17 juillet 2009 : *L'hébergement d'urgence ne connaît pas de répit*. Entretien avec les responsables du foyer Benoît Labre à Rennes, gestionnaire du 115.

Dans **certains FJT**, sont observés les constats suivants²⁸ :

- la permanence d'une demande pour des personnes en emploi saisonnier, en emploi à durée déterminées, en stage, et pour celles qui s'engagent dans leur première expérience professionnelle ;
- une augmentation de la demande de la part de jeunes en alternance, avec des difficultés quand le lieu de stage ne correspond pas au lieu de formation et que ni l'un ni l'autre n'est celui du domicile parental ;
- une augmentation de demande de la part de jeunes avec enfants, que ce soit des couples ou des personnes seules avec enfant, suite à une séparation ;
- une réduction de la demande de la part de jeunes travailleurs du fait des effets de la crise économique, les jeunes travailleurs autres que les saisonniers ne représentant en certaines périodes qu'un cinquième des résidents ;
- une augmentation parallèle des publics en formation, dont des étudiants là où des études post-bac sont proposées ;
- une diversification nécessaire des réponses, du fait notamment du refus de la structure collective par certains demandeurs, ce qui conduit certaines structures à développer leur parc locatif extérieur (dans le parc social ou dans le parc privé), et à proposer également la formule de la co-location.

La prise en charge **des demandeurs d'asile** inquiètent plusieurs associations²⁹ : les accueils de personnes sans hébergement connaissent une forte progression depuis plusieurs mois. Deux publics s'adressent aux associations pour une demande d'hébergement d'urgence : les primo-arrivants, personnes qui viennent pour faire enregistrer une demande d'asile ; et les personnes ou ménages déboutés de leur demande. Les associations rennaises restent préoccupées par le nombre de demandeurs potentiels. De fait, la régionalisation des dépôts de demandes en une seule préfecture (nouvelle organisation) apparaît donc au moment où augmentent les attentes. Conçue pour fluidifier le traitement des demandes, la régionalisation permet de prendre en compte les besoins d'accueil même si l'augmentation de ces demandes pousse à concevoir plus de solutions d'accueil d'urgence.

L'**analyse régionale des diagnostics hébergement** réalisée par la DRASS de Bretagne propose un état des lieux du dispositif maison-relais :

« La mobilisation active et soutenue des acteurs locaux permettra de proposer 379 places maisons relais en Bretagne au 31 décembre 2008, soit un nombre quasiment identique à l'objectif fixé pour 2012 (382 places)³⁰. Pour autant, cette situation marque une inadéquation manifeste entre l'objectif pluriannuel fixé et les besoins constatés au plan local (la programmation pluriannuelle fait valoir l'ouverture de 367 nouvelles places d'ici 2012).

²⁸ D'après notamment les articles de Ouest-France – Guingamp du 1^{er} août 2009 (*Le FJT, un logement idéal pour les saisonniers*) et Ouest-France Lannion-Paimpol du 12 septembre 2009 (*De moins en moins de jeunes travailleurs, entretien avec la directrice du FJT 'Studio jeunes'*).

²⁹ Ouest-France Rennes du 10 juillet 2009 : *Accueil des demandeurs d'asile : un cri d'alarme de plusieurs associations d'obédience chrétienne.*

³⁰ Circulaire DGAS/DGALN en date 27 août 2008

Ceci est confirmé par le nombre important de dossiers, actuellement en cours, et pour lesquels l'opportunité a été reconnue par tous les partenaires et l'instruction technique est achevée. Le nombre de places correspondant à ces dossiers, reconnus prioritaires par le CAR du 22 octobre dernier, est de 121 places.

Le plus souvent, le public accueilli occupait précédemment des places d'insertion sans qu'une solution socioprofessionnelle durable puisse être trouvée. Il s'agit majoritairement d'hommes seuls, âgés de plus de 40 ans, avec des ressources (RMI, AAH, pensions invalidité), présentant des problèmes de santé physiques et/ou psychiques liés à la marginalisation, à l'alcool et à la prise de toxiques. Le travail d'accompagnement sur le long terme réalisé dans ce type de structure assorti d'une sécurité du point de vue physique, moral et psychique permet des évolutions positives des situations.

Les services déconcentrés restent vigilants sur la volonté de certains opérateurs de développer du logement social pour un public au comportement perturbateur ou dont la situation au regard de l'emploi ou familiale rendent l'accès au logement difficile.

(...) Monsieur le Préfet de région a sollicité la révision de l'objectif régional de 382 à 503 places afin de permettre la réalisation des opérations reconnues opportunes pour lesquelles la phase préparatoire est achevée et les conditions de mise en œuvre d'ores et déjà remplies ».

Sur le plan de la prise en charge des **questions de santé, et notamment des troubles psychiques** que peuvent connaître la population en difficulté sociale, on soulignera une évolution importante qui concerne la collaboration entre le sanitaire et le secteur social : il s'agit de l'extension des **équipes mobiles psychiatrie-précarité**. Ainsi, après le renforcement de l'équipe présente sur Rennes, ayant permis l'élargissement de son territoire d'intervention à l'ensemble de l'agglomération (rattachée au CHGR), et après la création en 2008 d'une telle équipe sur St Brieuc dans les Côtes-d'Armor (rattachée à l'hôpital St Jean de Dieu), l'année 2009 a vu ce dispositif se mettre en place à Quimper³¹ (rattachée à l'établissement public en santé mentale Etienne Gourmelen). D'autres dispositifs et modes d'intervention en ce domaine peuvent exister : **des lits halte soins-santé** et des permanences de professionnels de la psychiatrie dans des structures d'hébergement ou dans des CCAS. Rappelons que ces intervenants des équipes mobiles (psychologues et infirmiers de psychiatrie) ou d'autres dispositifs effectuent directement des premiers entretiens et soins auprès des usagers, comme ils peuvent participer à des échanges de travail avec les intervenants sociaux sur des situations particulièrement complexes. Ces dispositifs contribuent au décloisonnement du sanitaire, de la psychiatrie et du social et au croisement des approches médicale, psychologique et sociale des accompagnements réalisés.

Concernant l'hébergement en AT ou ACT, le **schéma régional addictologie 2009-2011**, souligne : « *Le dispositif d'hébergement repose essentiellement sur les appartements thérapeutiques (AT) et les appartements de coordination thérapeutiques (ACT). Il existe un ACT de 4 places implanté à Lorient, un ACT de 6 places à Brest et 3 AT/ACT d'une place chacun, implantés à Rennes. Les structures de Rennes et de Brest ont été ouvertes en 2003 et celle de Lorient en 2006. Ce dispositif est donc très succinct, ce qui se révèle être source de difficultés d'hébergement pour certains publics, dont les personnes sortants de prisons.* » (p. 20)

³¹ Ouest-France Quimper, 9 septembre 2009 : *Une aide psychologique pour les plus démunis.*

II – Rappel des orientations des schémas

Dans une synthèse des travaux des groupes départementaux, la DRASS de Bretagne présente les priorités départementales des Schéma accueil, hébergement et insertion :

Schéma accueil, hébergement et insertion des Côtes d'Armor :

4 groupes de travail :

- 1) accompagnement à la santé :
 - * réaffirmer les accueils de jour, équipes mobiles pour aller au devant du public
 - * développer le lien avec secteur psychiatrique
- 2) favoriser le parcours coordonné de l'utilisateur :
 - * identifier l'offre et la faire connaître
 - * créer du lien sur les territoires (comités locaux)
- 3) accompagnement social :
 - * développer et adapter les réponses (développement accueil de jour) à des publics spécifiques.
Publics spécifiques : - jeunes avec animaux
- problèmes de santé invalidant (addictions, troubles psychiatriques)
- adultes vieillissants marginalisés
- jeunes en rupture en recherche d'hébergement alternatif et collectif (squat, caravane, camion)
- 4) favoriser la participation des usagers

Schéma accueil, hébergement et insertion du Finistère :

7 priorités départementales :

- 1) compléter et diversifier l'offre : création de Maisons Relais, CHRS + revaloriser forfait ALT
- 2) humaniser l'hébergement
- 3) développer, accélérer les sorties de l'hébergement vers le logement (Maisons Relais, Résidences Accueil)
- 4) conforter les dispositifs de veille sociale → créer le lien
- 5) prendre en compte des publics spécifiques.
 - Publics spécifiques : - famille
 - femmes victimes de violence conjugale
 - sortants de prison
 - personnes souffrant de troubles psychiques
 - jeunes
- 6) étrangers
- 7) mettre en place une instance locale de suivi de la mise en œuvre des réformes

Schéma accueil, hébergement et insertion d'Ille-et-Vilaine

7 priorités départementales :

- 1) adapter et développer la fonction de premier accueil
- 2) adapter et développer l'offre d'hébergement : stabilisation, CHRS pour publics spécifiques.

Publics spécifiques : - jeunes

- femmes victimes de violence
- public vieillissant
- public avec animaux

- 3) favoriser l'accès au logement de droit commun ou alternatif = Maison Relais de 10 à 15 lits
- 4) faciliter l'insertion par l'activité économique (AVA)
- 5) garantir le droit à la santé des usagers
- 6) améliorer les outils de connaissance du public (via le 115)
- 7) évaluer le précédent AHI

Schéma accueil, hébergement et insertion du Morbihan

6 priorités départementales :

- 1) compléter et diversifier l'offre : création de places CHRS et Maisons relais
- 2) pérenniser et créer les dispositifs d'accueil de jour
- 3) revaloriser le forfait ALT + augmenter l'enveloppe
- 4) conclure des CPOM
- 5) favoriser les sorties vers le logement de droit commun : lien avec le PDALPD
- 6) développer les liens et les complémentarités entre les structures et dispositifs (notamment lien avec la psychiatrie)

Publics spécifiques : - jeunes avec animaux

- public présentant des troubles du comportement

La synthèse interdépartementale fait apparaître les **axes communs** des quatre départements suivants :

- Diversifier l'offre et accélérer les sorties vers le logement : Maisons relais, résidence accueil. Lien PADALPD
- Pérenniser et développer les dispositifs de veille sociale : accueil de jour, équipes mobiles (aller vers le public)
- Développer les lieux et les territoires pour un parcours coordonné de l'utilisateur
- Prendre en compte les publics spécifiques :
 - jeunes avec animaux
 - jeunes avec des troubles du comportement
 - adultes vieillissants
 - femmes victimes de violence

Les diagnostics locaux Hébergement et les schémas AHI des 4 départements bretons insistent sur 4 points :

- réaffirmation et pérennisation du dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence notamment pour le public en errance et qui n'est pas destiné à un parcours d'insertion ;
- extension des capacités HU et CHRS (rappel du faible équipement breton doublé d'un taux d'occupation supérieur à 100 %) ;
- généralisation de la reconnaissance du public hébergé comme public prioritaire du PDALPD pour faciliter l'accès au logement ;
- nécessité d'accompagnement social du public accédant au logement.

III – Analyse rétrospective des projets présentés en CROSMS illustrant ces évolutions de prise en charge

Récapitulatif du nombre de dossiers présentés en CRSOMS sur la période 2002/2009

	2005		2006		2007		2008		2009	
	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
Côtes-d'Armor	4	0	4	0	2	0	2	0	2	0
Finistère	4	0	3	0	4	0	0	0	5	0
Ille-et-Vilaine	0	0	5	1	3	1	1	0	5	0
Morbihan	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0
Total	10	0	13	1	9	1	3	0	16	0

F : avis favorable ; D = avis défavorable

L'analyse rétrospective des dossiers présentés en séance CROSMS au cours des 5 dernières années (2005/2009) fait apparaître notamment :

- la régularisation en 2009 d'établissements médico-sociaux CSAPA et passage en CSAPA généralistes ;
- l'émergence de dispositifs nouveaux tels que les lits halte Soins Santé (LHSS) dès 2005 ou les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARRUD) en 2006 ; ou encore la place des appartements de coordination thérapeutiques
- le développement des Foyers de jeunes travailleurs ou résidences sociales.

Les projets présentés au CROSMS en 2009 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	2 demandes de régularisation d'un établissement médico-social CSAPA et passage en CSAPA généraliste	5 demandes de régularisation d'un établissement médico-social CSAPA et passage en CSAPA généraliste	5 demandes de régularisation d'un établissement médico-social CSAPA et passage en CSAPA généraliste	4 demandes de régularisation d'un établissement médico-social CSAPA et passage en CSAPA généraliste

Les projets présentés au CROSMS en 2008 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Appartement de coordination thérapeutique	- Extension de 6 à 10 places de l'appartement de coordination thérapeutique			
Lits Halte Soins Santé (LHSS)	- Création d'une structure LHSS de 6 lits (public : Personnes en situation de précarité dont l'état de santé de justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée.)			
Foyer de jeunes travailleurs – Résidence Sociale			Création, à Dinard, d'une FJT/Résidence sociale, de 28 places en 22 logements. Cette structure sera une annexe d'un FJT de St Malo.	

Les projets présentés au CROSMS en 2007 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Appartement de coordination thérapeutique (ACT)			- Création d'un ACT de 4 places (<i>défavorable</i>) - Création d'un ACT de 8 places, (4 places en collectif et 4 places individuelles)	
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	- Régularisation en établissement médico-social de l'atelier à la vie active du CHRS - Régularisation du dispositif "rond-point" de veille sociale et fusion de 3 actions complémentaires (service d'accueil et d'orientation téléphonique ; action sociale sur l'espace public ; accueil de jour)	- Création d'un CHRS de 18 places, dont 4 places d'accueil d'urgence	Extension de 5 à 8 places avec création de 3 places de stabilisation par transformation de 3 places issues du foyer d'accueil d'urgence	
Foyer de jeunes travailleurs (FJT)		- Extension de 106 à 117 logements par création d'une antenne - Création de 58 places (dont 48 places dans un collectif de 4 logements)		
Lits Halte Soins Santé		- Création d'une structure Lits Halte Soins Santé de 2 lits	Création d'une structure Lits Halte Soins Santé de 2 lits adossée au CHRS ADSAO	

Les projets présentés au CROSMS en 2006 concernaient les dispositifs suivants :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
CAARRUD	Demande de création	Demande de création	- 2 demandes de création	Demande de création
lits halte soins santé	demande de création (2 lits)		- demande de création (2 lits)	
CADA	création d'un CADA de 50 places à Lamballe (22)	création d'un CADA à Quimperlé (29)	- régularisation de 50 places CADA attribuées en Ille-et-Vilaine fin 2005 - création de 100 nouvelles places de CADA par transformation de places en appartements diffus d'hébergement d'urgence (35)	
CHRS		extension de 34 à 50 places d'un CHRS (29)		
FJT	extension de 69 à 122 places d'un FJT (22)		- extension d'un FJT de 138 à 203 lits (35)	

L'année **2005** avait été marquée par des demandes de création de FJT (2 dossiers sur 10) et d'ACT (3 dossiers sur 10). L'année 2004 quant à elle avait été marquée par des demandes d'extension et de régulation de CADA (8 dossiers sur 10) et l'année 2003 par les CSST (5 dossiers sur 10).

Les avis défavorables

En 2009 comme en 2008, l'ensemble des dossiers a reçu un avis favorable.

Sur ces 10 projets présentés au CROSMS **en 2007**, un a reçu un avis défavorable : la demande de création d'appartement de coordination thérapeutique de 4 places à destination de personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical du fait d'une pathologie chronique sévère (VIH, VHC, tuberculose). Ce dossier est repassé dans l'année avec une demande de 8 places, dont 4 places en collectif et 4 places individuelles et a obtenu un avis favorable.

Sur ces 14 projets présentés au CROSMS **en 2006**, un a reçu un avis défavorable : la demande de création de CADA par transformation de places en appartements diffus d'hébergement d'urgence de 100 places nouvelles en Ille-et-Vilaine.

En **2005**, l'ensemble de ces 10 projets présentés au CROSMS en 2005 a reçu un avis favorable.