



Contribution de Médecins du Monde

Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et les exclusions

des 10 et 11/12/12

Thématique Hébergement / logement

Cette contribution fait suite à la participation de MdM à plusieurs réunions de travail organisées par la Dihal pour préparer la conférence nationale prévue les 10 et 11/12/12 et après avoir pris connaissance des comptes-rendus et synthèses qui nous ont été transmis.

En introduction est proposée une présentation du positionnement de MdM sur la thématique hébergement-logement, à laquelle nous préférons la notion d'habitat, et les principes essentiels que nous souhaitons porter.

Pour cette contribution, nous avons choisi de reprendre le découpage en quatre thématiques adopté par la Dihal. Ce document ne prétend pas présenter de façon exhaustive la position de MdM sur la question de l'hébergement, du logement et de l'habitat mais s'inscrit en complément des synthèses réalisées par la Dihal.

Recommandations préalables concernant le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et les exclusions

Nécessité de travailler sur le moyen-long terme tout en apportant des réponses proportionnées à l'urgence actuelle de la situation concernant l'hébergement et l'accès au logement.

Elaborer un calendrier de mise en œuvre avec des objectifs chiffrés et inscrits dans le temps afin de pouvoir réaliser un réel suivi de l'application des mesures.

Mettre en place un pilotage partagé en intégrant les participants à la conférence et à sa préparation, avec des points d'étape réguliers.

Mettre en place une coordination du plan quinquennal à différents niveaux de territoire et sur un mode participatif.

Positionnement général et principes directeurs

Le droit à la santé passe par le droit à un habitat adapté

Dans une approche de promotion de la santé, MdM souscrit à la charte d'Ottawa qui cite l'accès à un logement comme un préalable à la santé. MdM rappelle la forte corrélation entre santé et situation de précarité et pense que le logement et le cadre de vie sont des déterminants majeurs de la santé : pas de santé sans chez-soi.

Considérant la multiplicité des publics, de leurs profils, de leurs souhaits et de leurs parcours parfois non linéaires, MdM estime qu'établir une norme absolue d'habitat qui passerait par l'accès à un « logement de droit commun »¹ pour tous serait un leurre.

Les approches « dirigées » vers le logement ne seront opérantes que si elles proposent un habitat adapté à la demande et au mode de vie de la personne : vouloir à la place des personnes sans-abris et décider pour elles qu'un logement « normé » est forcément souhaitable, indépendamment du parcours de la personne, est contreproductif.

Pour ces raisons, il est nécessaire d'appréhender la notion d'habitat dans l'ensemble de ses composantes, depuis la rue jusqu'au logement et en passant par toutes les formes intermédiaires qui peuvent exister.

Principes directeurs

- Prévalence des aspects médico-sociaux sur les aspects sécuritaires.
- Prévalence du droit à la santé, à la dignité et à la couverture des besoins fondamentaux sur la situation sociale et administrative des personnes.
- Participation active des usagers à tous les niveaux et accès à un réel accompagnement pluridisciplinaire et de proximité.
- Fin de la saisonnalité de l'hébergement et des expulsions locatives sans propositions de relogement.
- Nécessaire respect et application des lois déjà existantes.

¹ La notion de logement de droit commun est ici entendue comme une location avec un bail ordinaire.

Logique de concertation, de participation et de coordination

L'ensemble des acteurs concernés doivent se réunir sur des bases régulières dans un esprit de concertation, au niveau local et national, et à toutes les étapes. Ces acteurs sont les suivants :

- Représentants de l'Etat en inter ministérialité
- Elus et collectivités territoriales
- Opérateurs et acteurs de l'hébergement, de la réinsertion sociale et du logement
- Opérateurs et acteurs de la santé et de l'accès aux soins
- Société civile et les acteurs de terrain
- Populations concernées (« faire avec plutôt que faire pour »)

Pour insuffler des dynamiques locales, il est incontournable d'avoir des acteurs qui organisent la mise en mouvement et la coordination de ces partenaires pour assurer une cohérence des actions de développement (CLSM, ASV...).

Phase de diagnostic concerté

- Les diagnostics de territoire doivent être réalisés au plus près du terrain, par de petites unités de territoire, en commençant pas les communes et l'intercommunalité.
- L'ensemble des acteurs concernés doivent être sollicités dans cette phase de diagnostic (usagers, associations et collectifs associatifs, professionnels du secteur médico-social, collectivités territoriales...).
- Lors du diagnostic initial, il est nécessaire de réaliser une évaluation précise des besoins selon les catégories de publics présents sur les territoires. Des réévaluations intermédiaires des besoins doivent également être réalisées sur des bases régulières (pas tous les 5 ans) pour s'assurer que les plans d'action pluriannuels correspondent effectivement aux réalités de terrain.
- Besoin de mieux prendre en compte les populations invisibles, en mouvement, fluctuantes et en errance dans cette phase de diagnostic. Ne pas négliger l'habitat indigne, dont la situation est également souvent invisible.
- Besoin de se baser sur les connaissances des acteurs qui interviennent au plus près des populations et ont une connaissance précise des situations (particuliers, associations, collectifs de vie, groupes d'auto-support...).

Phase de mise en œuvre

- Au delà d'une obligation de moyens, exiger une obligation de résultat pour la mise à l'abri et l'hébergement des personnes, privilégiant le respect de la volonté des personnes et des parcours.
- Qualifier le refus d'hébergement et de mise à l'abri par les services de l'Etat comme non assistance à personnes en danger.
- Qualifier toutes formes d'expulsions sans propositions de relogement comme une mise en danger des personnes.
- Sanctionner par des mesures qui soient réellement dissuasives le non respect de la loi et des droits des personnes par les pouvoirs publics.
- Assurer une immunité aux personnes et aux professionnels qui appliquent les textes dans une perspective fidèle à l'esprit de la loi et qui s'inscrivent dans une démarche de réelle protection des personnes, privilégiant les aspects médico-sociaux aux aspects sécuritaires (acteurs de terrain, gestionnaires de structures, élus, fonctionnaires...).
- Appliquer et respecter la circulaire interministérielle du 23 novembre 2009 sur l'aide humanitaire aux étrangers en situation irrégulière (pas d'arrestation à proximité des lieux de soins, d'hébergement, de distribution alimentaire...). Mieux protéger l'action humanitaire et reconnaître les situations d'entrave à cette action. Permettre également des recours rapide quand ces entraves sont constatées (intimidations, destruction de matériel...).

Phases de suivi et d'évaluation

- Nécessité de mettre en place au niveau local, départemental et régional des cellules de veille médico-sociales se réunissant sur des bases régulières permettant de réaliser un suivi du contexte et de prévenir les situations de crise.
- En cas de crise, l'ensemble des parties-prenantes doivent être réunies dans les plus brefs délais.
- Nécessité d'évaluer la pertinence de chacun des dispositifs et de leur cohérence entre eux sur des bases régulières. Les bonnes pratiques et les dispositifs pertinents doivent être valorisés et dupliqués alors que les mauvais doivent être réorientés.
- Besoin de considérer et de valoriser le travail réalisé au quotidien par les acteurs de terrain (particuliers, associations, collectifs de vie, groupes d'auto-support...) et qui apportent une réponse à de nombreux besoins qui ne sont pas couverts par les pouvoirs publics.

« Réponses spécifiques pour les personnes sans domicile ou mal logées ayant des difficultés spécifiques »

Principes directeurs

- Placer l'utilisateur au cœur des démarches, c'est-à-dire adapter les prises en charges aux besoins et souhaits des personnes.
- Travailler avec des pairs et financer des postes de travailleurs pairs par les pouvoirs publics. Financer également des postes de médiateurs et d'accompagnants.
- Continuer de développer et renforcer l'aller-vers au moyen d'équipes pluridisciplinaires (maraudes 115, PASS mobiles, EMPP...)
- Développer des solutions d'habitat à bas seuil d'exigence (et haut seuil de qualité !)
- Appliquer l'Ordonnance du Conseil d'Etat du 10 février 2012, M. A, n°356456 reconnaissant l'accès à l'hébergement comme un droit fondamental et faire respecter les principes de non discrimination et d'inconditionnalité de l'hébergement (Art. L345-2-2 et L345-2-3 du Code de l'action sociale et des familles).

Santé et habitat

- Développer les dispositifs d'« aller-vers », tels que les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ou les PASS mobiles, en leur assurant des moyens financiers pérennes.
- Développer des lieux d'accueil adaptés jour et nuit (grande tolérance), notamment pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques.
- Développer les lieux de convalescence et de soins pour les personnes à la rue ou mal logées (LHSS, LAM).
- Anticiper la sortie d'hôpital pour les personnes habitant un logement insalubre ayant un impact sur la santé en proposant des solutions de relogement avant leur sortie.
- Lutter contre le mal logement et ses effets sur la santé en prenant en compte le critère santé dans les dispositifs prioritaires de demande de logement (DALO) et d'hébergement.
- Prise en compte de l'état de santé réel des habitants dans le traitement de l'insalubrité, définie actuellement uniquement sur des critères techniques du bâti. Notamment : égale application de la loi de santé publique sur l'ensemble du territoire, y compris les terrains squattés (dépistage environnemental et mise à l'abri des cas de saturnisme diagnostiqués).

Accompagnement et suivi des personnes

- Proposer un accompagnement personnalisé et global aux personnes tout au long de leur parcours au moyen d'un référent qui jouerait le rôle de point focal (pour le cas des demandeurs d'asile par exemple, leur permettre de bénéficier de l'accompagnement spécifique dont ils ont besoin pour constituer leur dossier).
- Mettre fin aux saucissonnages liés au statut et à la situation administrative qui entraîne des ruptures d'hébergement successives. Dans cette optique, priorité doit être donnée au fait que la situation de santé doit être prioritaire à la situation administrative de la personne.
- Renforcer la formation initiale et continue du personnel accompagnant à la fois sur les spécificités des publics (médico-sociales, juridiques, administratives, culturelles...) et sur les différentes thématiques (santé, travail, éducation, logement, approche communautaire...).
- Promouvoir le travail en réseau, prévoir des relais et des correspondants dans les agences au niveau local pour les accompagnants.
- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels des différents secteurs concernés dans le champ de la précarité (santé, droits, hébergement, lutte contre l'habitat indigne...).

Place à l'innovation et aux solutions alternatives d'habitat

- Laisser une place et encourager l'innovation pour des types d'hébergement et d'habitat alternatifs (accès à bas seuil d'exigence, communautaire, abris des migrants dans le Nord, village insertion, maisons relais...).
- Evaluer et répertorier les actions innovantes pertinentes dans l'objectif de repérer les bonnes pratiques et de les dupliquer.
- Accompagnement et évaluation des solutions alternatives d'habitats déjà existantes, incluant une approche communautaire.
- Mise en œuvre de solutions alternatives d'habitat, pensées avec les personnes, qui prennent en compte les particularités des parcours de rue et les nécessités de prise en charge médicale (perte d'autonomie, maladie mentale, addictions, maladies chroniques) et les spécificités locales.

« Prévention des expulsions locatives »

- Considérant le lien entre santé et habitat, la prévention des expulsions ne doit pas se limiter aux logements locatif mais doit concerner tous types d'habitat (rue, campement, squat, logement...).
- Sortir d'une logique d'expulsion systématique des terrains et privilégier une logique de stabilisation des formes d'habitat.

Cette demande de stabilisation est souvent formulée par les habitants, sans que cela ne les empêchent d'envisager la perspective d'accéder à un logement digne et pérenne. Une logique de stabilisation de l'habitat permet des avancées en termes d'autonomie et de responsabilisation des personnes et pour les intervenants médico-sociaux, cette stabilisation permet de construire un espace de médiation médico-sociale indispensable. Cette démarche de stabilisation permet le plus souvent une réelle augmentation de l'accès effectif au droit commun (comme l'ouverture de droits) et un meilleur accompagnement des personnes.
- Accès à l'eau et à l'assainissement sur tous les lieux de vie occupés par des personnes en situation de précarité afin d'améliorer les conditions de vie et les conditions sanitaires.
- Respecter les textes législatifs en vigueur relatifs à l'accès et au maintien des fluides (eau, électricité, téléphone).
- Améliorer les conditions de vie des personnes dès la rue (tentes, matériel) et dans toute forme d'habitat.
- Mettre fin à la saisonnalité de l'hébergement, et appliquer le principe de droit à l'hébergement et de continuité de l'hébergement reconnu par la loi MOLLE.
- Mettre fin à la notion de trêve hivernale et à toutes les expulsions sans propositions de relogement ou de solutions adaptées aux besoins des personnes, avec dédommagement des propriétaires en cas d'expulsion locative.
- Développer et relancer les commissions de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX).
- Application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

« Accès au logement et offre de logement pour les personnes sans abri ou mal logées »

- Appliquer la loi du droit au logement et à l'hébergement opposable (DALO/DAHO).
- Garantir l'accès à des logements salubres et dignes par l'application du code de santé publique et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne (600 000 logements en France).
- Garantir l'accès à des logements salubres et dignes par la mise en œuvre de moyens de contrôles innovants (permis de louer avec des critères de salubrité).
- Pour un accès effectif à la mise à l'abri et à l'hébergement, que le nombre de place d'hébergement répondent effectivement aux besoins recensés, tant quantitativement que qualitativement (nécessité de créer 15 000 places d'hébergement en cinq ans en zones tendues selon l'UNIOPSS et de créer 19 000 places d'hébergement selon le CAU).
- Garantir une place en CUDA ou en CADA pour tous les demandeurs d'asile, en créant les places nécessaires, l'offre actuelle permettant de répondre à un tiers des demandes seulement.
- Reconnaître l'utilité des formes d'habitat alternatifs et considérer que ces formes d'habitat peuvent être envisagées comme un mode de vie relevant d'un choix des personnes qui doit être respecté (yourtes, caravanes, communautaire, autogéré...).
- Considérer également que ces formes d'habitat alternatif peuvent être une solution temporaire adaptée dans la perspective d'accéder sur le long terme à un logement classique, en dure, digne et pérenne.
- Permettre et accompagner ces formes d'habitat alternatif, évaluer et identifier les bonnes pratiques.

Groupe Santé-habitat, Médecins du Monde, le 21/11/2012