

## ACTION SOCIALE D'URGENCE

### Rapport final

Genève, le 28 octobre 2002

3 Hugo de Senger  
CH 1205 GENEVE  
Té +41 22 705 11 50  
Fax+41 22 807 03 19  
info@evaluanda.ch  
www.evaluanda.ch

## CLEFS DE LECTURE DU RAPPORT

Le lecteur pressé trouvera dans les quelques lignes qui suivent une orientation qui lui permettra d'atteindre directement les pages se rapportant à ses pôles d'intérêt.

- ⇒ Ce rapport débute par une **présentation des objectifs du mandat** qui nous a été confié et du dispositif d'étude retenu (chapitre 1, page 5).
- ⇒ Vient ensuite les **caractéristiques des bénéficiaires** et les premières images du réseau d'action sociale d'urgence genevois et (chapitre 2, page 9).
- ⇒ Suit une présentation des **acteurs de l'urgence « événementielle »** (chapitre 3, page 24) et des prestations des **acteurs de l'urgence au quotidien** (accès à l'aide alimentaire, à un hébergement d'urgence et aux soins – chapitre 4, page 28). Ce dernier chapitre contient les données permettant d'apprécier le volume des prestations déployées et les principaux constats afférents.
- ⇒ Cœur du rapport, les thématiques retenues par le groupe d'accompagnement font l'objet de **constats** spécifiques et des **recommandations** d'action qui en découlent (chapitre 5, page 42).
- ⇒ Les conclusions reprennent succinctement les principaux enseignements (chapitre 6, page 75).
- ⇒ Enfin, le **cadre conceptuel** qui a guidé cet étude présente les transformations des politiques sociales, les formes de l'urgence, les vulnérabilités présentes, les modalités institutionnelles et de coordination de l'action social d'urgence (chapitre 7, page 79).

## REMERCIEMENTS

Nous tenons d'emblée à chaleureusement remercier les nombreuses personnes rencontrées au cours de cette étude, quel que soit leur statut. Au final, ce sont plus de 85 personnes qui nous ont offert en entretien leur regard et leur perception de l'action sociale d'urgence, qu'elles en soient bénéficiaires, chevilles ouvrières ou dotées d'un pouvoir de décision sur les orientations du réseau.

Nos remerciements vont également aux nombreux organismes publics, parapublics et associatifs qui ont bien voulu consacrer du temps à répondre à nos questions.

TABLE DES MATIÈRES SUCCINCTE<sup>1</sup> :

<b>1</b>	<b>OBJECTIFS ET DISPOSITIF DE L'ÉTUDE</b>	<b>5</b>
1.1	LE MANDAT	5
1.2	LE DISPOSITIF RETENU	6
<b>2</b>	<b>LE RÉSEAU D'ACTION SOCIALE D'URGENCE GENEVOIS : PREMIÈRES IMAGES ET CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES</b>	<b>9</b>
2.1	PERCEPTIONS ET BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES	9
2.2	UNE INFINITÉ DE PROBLÉMATIQUES DIFFÉRENTES	14
2.3	LES NOUVELLES FORMES DE PRÉCARITÉ : PERCEPTIONS DU RÉSEAU	20
2.4	UN RÉSEAU À L'IMAGE DES BESOINS RENCONTRÉS	22
<b>3</b>	<b>LES PRINCIPAUX ACTEURS DE L'URGENCE « ÉVÉNEMENTIELLE »</b>	<b>24</b>
3.1	LES URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES	24
3.2	LA POLICE CANTONALE	25
<b>4</b>	<b>LES ACTEURS DE L'URGENCE AU QUOTIDIEN</b>	<b>28</b>
4.1	ACCÈS À L'AIDE ALIMENTAIRE	28
4.2	ACCÈS À UN HÉBERGEMENT D'URGENCE	31
4.3	ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX ET CORPORELS	40
<b>5</b>	<b>THÉMATIQUES PRÉGNANTES : CONSTATS ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>42</b>
5.1	BREF ÉTAT DES LIEUX MACRO-ÉCONOMIQUE ET MACRO-SOCIAL	44
5.2	RATIONALISER L'AIDE ALIMENTAIRE ET FAIRE FACE AUX BESOINS	46
5.3	ACTION SOCIALE D'URGENCE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES	49
5.4	SUIVI OU PRISE EN CHARGE ?	53
5.5	PRATIQUES DE COORDINATION	56
5.6	LES MIGRANTS	62
5.7	LES JEUNES EN RUPTURE	65
5.8	LA QUESTION DES CAPACITÉS EN HÉBERGEMENT	69
5.9	UNE UNITÉ DE GARDE SOCIALE ?	73
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	<b>75</b>
6.1	L'ACTION SOCIALE D'URGENCE : UN RÉSEAU INDÉPENDANT ET POLYMORPHE	75
6.2	DU RÉSEAU RÉACTIF À LA PERMÉABILITÉ DES RÉSEAUX	75
6.3	DES GOULETS D'ÉTRANGLEMENT IMPORTANTS	76
6.4	UNE NÉCESSITÉ DE CLARIFIER LA NOTION D'URGENCE	77
6.5	UN ÉVENTAIL DE PISTES POUR RELEVER LES DÉFIS	77
<b>7</b>	<b>CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>79</b>
7.1	LES TRANSFORMATIONS DES POLITIQUES SOCIALES POUR FAIRE FACE À L'EXCLUSION	79
7.2	LES FORMES DE L'URGENCE ET LES VULNÉRABILITÉS QUI APPELLENT L'ACTION SOCIALE	84
7.3	LES MODALITÉS INSTITUTIONNELLES DE L'ACTION SOCIALE D'URGENCE	89
7.4	LA COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DE L'ACTION SOCIALE D'URGENCE	97

Les annexes figurent dans un document spécifique disjoint du présent rapport.

<sup>1</sup> Une table des matières détaillée (comprenant 4 niveaux de titres, ainsi que les figures et les tableaux) figure en fin de rapport, dès la page 104.

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AI	Assurance invalidité
ALT	Association des logements temporaires
ARA	Association des répétoires AJETA
CASS	Centre d'action sociale et de santé
CFC	Certificat fédéral de capacité
CTB	Centre de thérapie brève
DASS	Département de l'action sociale et de la santé
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DIP	Département de l'instruction publique
DUMC	Division des urgences médico-chirurgicales
EPIC	Equipe pluridisciplinaire d'intervention communautaire
FAS'e	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle
FEBA	Fondation européenne des banques alimentaires
FHP	Fondation pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques
FOJ	Fondation officielle de la jeunesse
FPP	Fonds patients précarisés
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
GIM	Gérance immobilière municipale
GSG	Groupe Sida Genève
HES	Hautes Ecoles Spécialisées
HG	Hospice général
HIV - VIH	Virus d'immunodéficience humaine
HUG	Hôpitaux universitaires genevois
LACI	Loi fédérale sur l'assurance chômage et l'insolvabilité
LAD	Ligne d'accueil des demandes
LAVI	Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infraction
OCL	Office cantonal du logement
OCSTAT	Office cantonal de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PDJ	Protection de la jeunesse
PSQ	Planification sanitaire qualitative
SDF	Personne sans domicile fixe
SIS	Service d'incendie et de secours
SMP	Service médico-pédagogique
SSVG	Service social de la Ville de Genève
UDI	Usager de drogues par injection
UMSCO	Unité mobile de soins communautaires

# 1 Objectifs et dispositif de l'étude

## 1.1 Le mandat

En 1994 le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève a confié à la Ville de Genève la tâche de coordonner l'accueil d'urgence des personnes sans-abri et l'action des associations publiques et privées œuvrant dans le domaine.

Une "Plateforme de coordination contre l'exclusion" regroupant les principaux acteurs et intervenants a donc été créée. Au gré des années, cette Plateforme s'est étoffée et compte aujourd'hui plus d'une cinquantaine de partenaires aussi bien publics que privés impliqués sur le terrain de l'exclusion sociale. Conformément à la pratique genevoise, le secteur associatif joue un rôle capital dans la détection des problèmes sociaux et la prestation de services très spécialisés.

Le Service social de la Ville de Genève, dépendant du Département des affaires sociales, des écoles et de l'environnement et par ailleurs coordinateur de la Plateforme de coordination contre l'exclusion dans le canton de Genève, a donc décidé de mener une étude sur « la problématique des personnes en situation précaire », sur la base d'un crédit voté par le Conseil municipal le 12 décembre 2000.

Conformément au cahier des charges, l'étude est ciblée sur une meilleure connaissance des profils et des besoins des populations victimes de précarisation accrue, voire d'exclusion complète, et sur la gestion de ces situations dans le court terme (gestion de l'urgence).

Ceci signifie qu'elle n'offre pas d'analyses approfondies des causes, ni des stratégies de prévention ou de réinsertion durable. Mais l'énoncé des attentes dans l'introduction du cahier des charges montre bien que ces aspects préoccupent aussi les membres de la Plateforme, et qu'ils ne peuvent être entièrement dissociés de ceux liés à la gestion du "quotidien" de la précarité.

Le cahier des charges du Service social de la Ville de Genève identifie plusieurs objectifs :

- évaluer l'adéquation de l'offre fournie par les différents acteurs du réseau social genevois par rapport aux besoins de la population aux prises avec les phénomènes d'exclusion ;
- déterminer les actions prioritaires ainsi que les moyens nécessaires pour coordonner efficacement l'action des partenaires ;
- proposer des outils permettant de répondre aux besoins d'urgence des individus.

## 1.2 Le dispositif retenu

Le dispositif retenu repose sur une approche de type pluraliste<sup>2</sup>. Le point de départ d'une telle approche est la reconnaissance d'une pluralité de systèmes de valeurs des acteurs<sup>3</sup> impliqués dans la mise en œuvre d'un programme.

Les actions à évaluer sont appréhendées comme un processus d'apprentissage collectif et de recherche commune de solutions aux problèmes sociaux. Cette approche implique que le jugement de valeur implicite à toute démarche d'évaluation ne soit pas le fait d'un seul expert mais relève également d'un groupe d'accompagnement représentant les différents acteurs impliqués dans la problématique de l'exclusion à Genève.

### 1.2.1 Le groupe d'accompagnement

A cette fin, et d'entente avec notre mandant, le groupe suivant a été constitué :

#### *Présidence*

Véronique Pürro                      Cheffe du SSVG  
ou  
Isabelle Widmer-Bisevac      Adjointe de direction du SSVG

#### *Membres*

Hélène Giacobino                  Foyer Arabelle  
Jean-Marc Ackermann              Square Hugo – SSVG  
ou  
Pascal Bruchez                      Square Hugo – SSVG  
Pierre-Yves Aubert                  EPIC - Hospice Général  
Philippe Bossy                      Le Bateau Genève  
Noël Constant                      Carrefour-Rue  
Sylvain Fattebert                    Collaborateur au SSVG  
Daniel Hentsch                      CASS des Pâquis - Hospice Général  
Jean-Marc Simonin                  Armée du Salut  
Jean-Marie Viénat                  Le Caré - Caritas  
Hans Wolff                          UMSCO - HUG

Au vu des problématiques abordées, ce groupe s'est étoffé de deux personnes à mi-parcours :

Murièle Lasserre                  Groupe Sida Genève  
Eric Etienne                          Directeur adjoint à la DGAS – DASS

Durant l'ensemble des travaux entrepris, ce groupe a suivi, validé et enrichi de ses commentaires les différentes phases de cette étude.

---

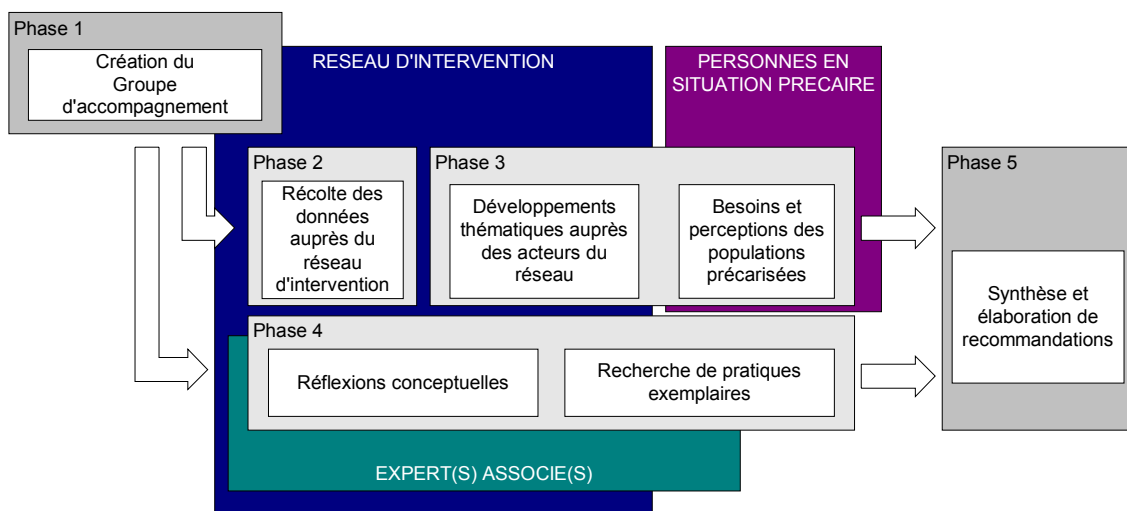
<sup>2</sup> Voir MONNIER, Eric, *Evaluations de l'action des pouvoirs publics*, Economica, Paris, 1992, p.106. BUSSMANN, Werner, *Accompagner et mettre à profit avec succès les évaluations des mesures étatiques*, Georg, Genève, 1995

<sup>3</sup> Nous renonçons, dans ce document, au double usage des genres masculin et féminin relatifs aux groupes de personnes. Il va de soi que la forme masculine s'applique alors aussi bien aux femmes qu'aux hommes lorsque cela s'applique.

## 1.2.2 Un dispositif en cinq phases

Le dispositif mis en œuvre peut être représenté schématiquement de la manière suivante. Il est composé de trois phases successives ainsi que d'un module concomitant à toute l'étude, consacré à l'approfondissement de la thématique et des concepts d'exclusion et de précarité.

Figure 1: schéma du dispositif d'étude



**La première phase** a essentiellement été consacrée à une étude documentaire, à la préparation de la suite de l'étude et au choix des membres du groupe d'accompagnement et des experts.

**La seconde phase** a consisté en une première exploration du réseau, par collecte de données via deux questionnaires différents<sup>4</sup>, l'un orienté sur les enjeux structurels (le questionnaire « structure »), le second davantage orienté sur les enjeux prospectifs (le questionnaire « réseau et besoins »). Ces questionnaires ont été validés par le groupe d'accompagnement. Les réponses au questionnaire « structure »<sup>5</sup> nous ont permis de décrire l'offre, les prestations et les caractéristiques des partenaires de la Plateforme ainsi que des autres associations oeuvrant dans le domaine de l'exclusion. Le questionnaire prospectif<sup>6</sup> a eu pour principaux objets d'identifier le poids des différents acteurs, leurs modalités de coordination, leurs besoins et leurs perceptions des problématiques rencontrées.

Pour cette collecte de données, nous avons utilisé un logiciel spécifique pour la gestion d'enquête qui permet la saisie des données via Internet. Un mot de passe ainsi qu'un nom d'utilisateur a permis d'accéder au questionnaire de manière sécurisée. Pour les personnes qui ne pouvaient pas remplir les questionnaires via Internet, nous avons transmis les questionnaires en version papier. L'ensemble des réponses fournies a été retranscrit dans une base de données.

Plusieurs rappels et un allongement de plus de deux mois du délai de réédition ont été nécessaires afin de maximiser le nombre de réponses.

<sup>4</sup> Ces deux questionnaires figurent en annexes 1 et 2.

<sup>5</sup> Liste des 41 questionnaires renvoyés en annexe 3

<sup>6</sup> Liste des 29 questionnaires renvoyés en annexe 4

Cette seconde phase nous a permis :

1. d'établir un inventaire des différentes structures oeuvrant dans le domaine de l'exclusion sociale ainsi qu'une description de leurs caractéristiques fonctionnelles ;
2. de disposer d'une image du fonctionnement du réseau et des modalités de coordination/collaboration des partenaires ;
3. de recenser le point de vue des acteurs sur les besoins du réseau et les problématiques prégnantes.

Les réponses obtenues nous ont permis de recenser et de proposer au groupe d'accompagnement un certain nombre de thématiques dont l'approfondissement est apparu comme nécessaire. Nous revenons plus loin (chapitre 5) sur les thématiques retenues.

**La troisième phase** a consisté à l'approfondissement des thématiques retenues dans la phase précédente.

Suite au retard occasionné par le retour des questionnaires, les six entretiens de groupe par thématique initialement proposés n'ont pas pu être réalisés, mais ont été remplacés par 34 entretiens<sup>7</sup> en face-à-face avec les différents acteurs du réseau<sup>8</sup> concernés.

Parallèlement, nous avons réalisé 50 entretiens en face-à-face avec des personnes en situation précaire afin d'établir leur perception du réseau et des prestations offertes ainsi que leurs besoins et leurs difficultés. Ces entretiens nous ont permis d'avoir une perception des problématiques émergentes, ainsi que des indications sur les différentes trajectoires observables.

**La quatrième phase** a été réalisée de manière concomitante aux autres phases. Grâce à l'appui d'un groupe d'experts, nous avons tenté de définir avec plus de précision les différents concepts liés à l'aide sociale d'urgence et d'élaborer le cadre d'analyse dans lequel s'inscrit cette évaluation. La rédaction de celui-ci est à mettre au bénéfice de Marc Breviglieri, Luca Pattaroni, Joan Stavo-Debauge<sup>9</sup> (voir chapitre 7). Ont également participé activement à ce groupe Sylvain Fattebert et Alessandro Pelizzari<sup>10</sup>.

**La cinquième phase** est le fruit des enseignements des phases précédentes. Elle se traduit par une synthèse des différents constats ainsi que par la rédaction d'une liste de recommandations.

---

<sup>7</sup> Grille d'entretiens en annexe 6.

<sup>8</sup> Liste des personnes rencontrées en annexe 5.

<sup>9</sup> Marc Breviglieri est Maître de Conférences à l'IUT de Paris V et chercheur au Groupe de Sociologie Politique et Morale (GPSM-EHESS). Luca Pattaroni est doctorant au GSPM (EHESS) et chercheur au Centre d'Etude, des Techniques et d'Evaluation Législatives (CETEL), Faculté de droit, Université de Genève. Joan Stavo-Debauge est doctorant au GSPM (EHESS).

<sup>10</sup> Sylvain Fattebert est théologien, enseignement en éthique et collaborateur au Service social de la Ville de Genève. Alessandro Pelizzari est chercheur-doctorant au « Département für Sozialarbeit und Sozialpolitik », Universität Freiburg.



## **2 Le réseau d'action sociale d'urgence genevois : premières images et caractéristiques des bénéficiaires**

Le réseau d'action sociale d'urgence genevois se caractérise par une grande richesse, tant du point de vue des modalités de fonctionnement que des approches conceptuelles retenues : une large palette d'interventions est mise en œuvre, dans des contextes et auprès de catégories de populations connaissant des problématiques parfois fort différentes.

Le chapitre suivant présente les enseignements issus des cinquante entretiens menés auprès de bénéficiaires des prestations du réseau d'action sociale d'urgence. Par la suite, nous aborderons plus en détail le réseau actif dans le domaine de l'aide sociale d'urgence et terminerons par un éventail de constats généraux relatifs aux expériences dont nous avons pris connaissance.

### **2.1 Perceptions et besoins des bénéficiaires**

#### **2.1.1 Approche méthodologique**

Nous nous sommes rendus dans douze foyers ou lieux d'accueil<sup>11</sup> et avons réalisé 50 entretiens en face-à-face avec les personnes qui acceptaient notre demande. Chacune de nos visites a été annoncée aux responsables des lieux qui ont souvent expliqué préalablement le but de notre visite aux personnes fréquentant la structure. Les entretiens ont été réalisés par nos soins sur une base volontaire et en toute confidentialité. Seul le responsable du Caré a tenu à faire passer lui-même le questionnaire. Les entretiens ont duré de 10 à 30 minutes selon les personnes rencontrées, parfois deux heures. Aucun propos n'a été enregistré mais la discussion a été prise en note puis saisie dans une base de données.

Le choix des lieux s'est effectué dans l'optique d'avoir un panorama des différents champs d'intervention liés à la problématique de l'exclusion. Certes, l'analyse des résultats ne peut être généralisable et représentative sur le plan statistique, mais elle permet d'avoir une perception des problématiques émergentes, une idée des difficultés et besoins des différentes populations précarisées et des indications sur les différentes trajectoires observables.

---

<sup>11</sup> Voir Tableau 1 : lieux d'enquête et nombre d'entretiens réalisés

**Tableau 1 : lieux d'enquête et nombre d'entretiens réalisés**

Lieux	Nb d'entretiens
Accueil de nuit	3
Au Coeur des Grottes	4
Emmaüs	6
Halte Emmaüs femmes	2
Foyer Arabelle	5
La Coulou	2
Le Caré	6
La Mauresque	4
Quai 9	7
Le Racard	6
Square Hugo	1
Foyer UrGens	4
<b>Total</b>	<b>50</b>

**Tableau 2 : durée de séjour du bénéficiaire dans l'établissement <sup>12</sup>**

Durée de séjour	Nb observations	pourcentage
- 1 mois	3	10%
1 à 3 mois	9	30%
3 mois à 6 mois	9	30%
7 mois à 1 année	5	17%
+une année	4	13%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

On constate que la plupart des personnes se trouvent dans la structure depuis un à six mois. Toutefois, certaines personnes ont fréquenté depuis plusieurs années différents foyers, elles sont passées par exemple de La Coulou à La Mauresque, du foyer Arabelle au Cœur des Grottes, tout en faisant quelques séjours épisodiques à l'Accueil de nuit. Notons que certains changements de foyer sont dus, comme pour le Racard ou à la Virgule, à la fermeture du lieu pendant les mois d'été.

### 2.1.2 Données socio-démographiques

**Tableau 3 : sexe des bénéficiaires**

sexe	Nb observations	pourcentage
masculin	28	56%
féminin	22	44%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Dans la mesure du possible nous avons essayé d'avoir une répartition égale entre femmes et hommes afin de voir si les perceptions du réseau diffèrent selon le sexe. Au vu des résultats, il n'y a pas de différences de perceptions sur la qualité du réseau.

<sup>12</sup> Ne sont recensées ici que les durées de séjour dans les foyers.

**Tableau 4 : âge des bénéficiaires**

Tranche d'âge	Nb observations	pourcent age
-de 20 ans	2	4%
de 20 à 30	21	42%
de 31 à 40	12	24%
de 41 à 50	12	24%
de 51 à 59	2	4%
59 ans et +	1	2%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Sans avoir fait une sélection des personnes en fonction de leur âge, notre échantillon correspond à une des grandes tendances observées dans le réseau, soit un rajeunissement de la population aux prises avec des phénomènes de précarisation. La plupart des personnes rencontrées se situent dans la tranche d'âge 20-40 ans. La personne la plus jeune a 19 ans et la plus âgée 59 ans.

Nous n'avons pas souhaité réaliser des entretiens avec des personnes mineures car nous aurions dû obtenir le consentement de leur responsable légal.

**Tableau 5 : formation des bénéficiaires**

Formation	Nb observations	pourcentage
sans formation-apprentissage non terminé	23	46%
niveau CFC	10	20%
niveau HES ou supérieur	8	16%
autres	3	6%
non réponse	6	12%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Une forte proportion des personnes rencontrées n'a pas de formation ou ne l'a pas achevée. La problématique de la formation semble être un élément clé dans le processus de précarisation, ceci plus particulièrement chez les jeunes qui ont arrêté leurs études ou commencé plusieurs apprentissages sans les terminer et qui se retrouvent à 25, voire 30 ans, sans jamais avoir été insérés dans le monde du travail.

**Tableau 6 : formation des bénéficiaires selon la tranche d'âge**

<b>Formation</b> <b>âge</b>	sans formation- apprentissage non terminé	niveau CFC	niveau HES ou supérieur	autres	<b>Total</b>
- de 20 ans	2	0	0	0	2
de 20 à 30 ans	11	3	3	2	19
de 30 à 41	6	3	2	0	11
de 41 à 50	4	3	2	0	9
de 50 à 59	0	0	1	1	2
59 ans et +	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>44<sup>13</sup></b>

Sur les huit personnes qui ont une formation de niveau HES ou supérieure, seules deux ont une activité rémunérée mais qui ne leur permet pas de vivre sans assistance. Trois n'ont pas d'activité professionnelle et trois travaillent au sein de la structure qui les accueille.

Les personnes au bénéfice d'une formation supérieure sont soit sans permis de travail, soit au bénéfice d'un permis humanitaire.

**Tableau 7 : activité professionnelle des bénéficiaires**

<b>A une activité professionnelle ?</b>	<b>Nb observations</b>	<b>pourcentage</b>
oui	12	24%
non	22	44%
atelier protégé/chiffonnier	10	20%
non-réponse	6	12%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

La plupart des personnes interrogées n'ont pas d'emploi ou ne travaillent pas, car elles sont au bénéfice d'une rente AI.

Sur les douze personnes qui ont un emploi, deux fréquentent le Quai 9 et ont un logement et un revenu, deux sont des femmes qui se trouvent en foyer suite à des violences conjugales ou domestiques. Les huit autres sont dans des foyers d'accueil par absence de logement, soit pour des raisons de statut légal, soit, dans la plupart des cas, parce que leur situation ne leur permet pas de remplir les critères d'accès au logement des régies privées ou des logements sociaux (dettes, revenu insuffisant, résidant depuis moins de deux ans sur le territoire genevois, activité salariée non mensualisée...).

<sup>13</sup> Ce chiffre s'explique par 6 non-réponses concernant la formation.

**Tableau 8 : aide financière perçue par les bénéficiaires**

Type d'aide financière perçue	Nb d'observations	pourcentage
prestations financières HG	15	33%
rente AI	5	11%
chômage	3	7%
autres	11	24%
aucune	11	24%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Nous n'avons pas demandé si la personne bénéficiait ou avait bénéficié d'une aide financière ponctuelle ou de dépannage ; ce qui nous intéressait était de connaître la source du revenu de la personne. On remarque que la majorité reçoit les prestations de l'HG ou une rente AI. Certaines de ces allocations complètent parfois un revenu insuffisant.

Concernant les personnes qui obtiennent une autre aide financière, il s'agit dans sept cas sur onze d'une aide financière fournie directement par le foyer d'accueil, comme par exemple à Emmaüs où le compagnon reçoit de l'argent en contrepartie de son travail effectué pour la Communauté.

Certains usagers des structures ne bénéficient d'aucune aide financière, soit parce qu'ils ont un emploi, soit parce qu'ils refusent toute aide financière pour ne pas entrer dans un système d'assistance.

### 2.1.3 Manques et besoins exprimés

**Tableau 9 : Selon les bénéficiaires manque-t-il des structures d'accueil sur Genève ?**

Manque-t-il des structures d'accueil ?	Nb d'observations	Pourcentage
oui	26	52%
non	11	22%
ne sait pas	13	26%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Seule une faible majorité pense qu'il manque des structures d'accueil sur Genève. Un regard fin sur les réponses de ces personnes montre que ce n'est pas vraiment de « manque de structures d'accueil » dont se plaignent les personnes, mais plutôt de problèmes d'accès au logement ou encore d'un manque de coordination entre les différentes structures (l'Hospice Général, l'Office cantonal de l'emploi, l'AI, l'Hôpital, etc..). Ils ont ainsi fréquemment le sentiment de devoir répéter systématiquement leur histoire à plusieurs personnes représentant plusieurs institutions, ceci pour chaque problématique les concernant, et même si elles sont liées.

Une remarque qui revient assez fréquemment est le manque de souplesse dans les horaires d'ouverture, ceci plus particulièrement pour les structures qui ferment la journée. Ces personnes se sentent mises à la rue et ont l'impression d'être amenées à « zoner » toute la journée sans « rien avoir à faire ».

En matière d'accès à l'aide alimentaire, l'ensemble des personnes interrogées estime qu'il n'y pas de problème à Genève et que l'on trouve facilement des endroits pour se

nourrir. En revanche, certains considèrent comme discriminant d'avoir des horaires de repas, notamment à l'Arcade<sup>14</sup> et au Square Hugo, qui ne correspondent pas aux heures « habituelles ».

Concernant les treize personnes qui ne savent pas s'il manque des structures d'accueil, il s'agit dans la majeure partie des cas de personnes de nationalité étrangère qui ont été relativement vite accueillies dans un foyer et sont satisfaites de leur prise en charge.

Par ailleurs, il est intéressant de relever que plusieurs personnes de nationalité étrangère qui résidaient dans un autre canton suisse ou en France voisine, sont venues à Genève sur recommandation de proches, d'institutions caritatives ou publiques d'autres cantons, qui leur ont parlé d'un réseau d'aide beaucoup plus grand, voir plus « luxueux ».

**Tableau 10 : Est-ce que le bénéficiaire aurait pu être aidé plus rapidement ?**

<b>Aurait-on pu vous aider plus rapidement ?</b>	<b>Nb d'observations</b>	<b>pourcentage</b>
Oui	18	36.0%
Non	23	46.0%
ne sait pas	9	18.0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Il est assez surprenant de constater que seules 36% des personnes interrogées affirme que l'on aurait pu les aider plus tôt. En effet, pour la plus grande partie, leur situation provient, selon eux, d'un problème purement personnel.

Concernant, les personnes qui estiment que l'on aurait pu les aider plus tôt, il s'agit bien souvent d'un problème administratif (attente de la décision d'octroi d'un permis d'établissement, attente d'une rente AI, octroi d'un appartement subventionné...). Un autre grief récurrent, relevé plus particulièrement auprès des personnes sans formation, est le refus de l'OCE de payer des cours de français ou une formation de base.

## **2.2 Une infinité de problématiques différentes**

Les 50 entretiens effectués avec des bénéficiaires, sans être représentatifs de toute la population en situation précaire, montre une absence de profil type ou de catégorie bien définie d'exclus.

L'exclusion apparaît effectivement de manière multidimensionnelle : différentes problématiques se superposent, se succèdent et appellent des réponses ou des solutions différenciées suivant les trajectoires de vie.

Pour mettre en évidence ce constat, nous avons sélectionné un certain nombre de trajectoires, présentées sous une forme synthétique. Dans un souci de confidentialité et par respect des personnes interrogées, nous avons volontairement simplifié la description des profils afin que ces personnes ne puissent pas être reconnues. Il va de soi que les informations fournies par les personnes interrogées n'ont pas été vérifiées, car l'objectif de ces entretiens n'est pas lié à une perspective de contrôle.

---

<sup>14</sup> Passage temporaire de l'heure du repas de 12h à 14h.

Ces profils sont classés selon des catégories standards communément employées et construites en fonction de leur état physique et/ou psychique, ou en fonction de leur statut socioéconomique, social et/ou légal. Il aurait été possible de les regrouper selon la durabilité de leur empêchement<sup>15</sup>, c'est-à-dire en fonction de l'évolution possible des facteurs déterminants de leur état actuel.

### **2.2.1 Les personnes présentant des conduites addictives**

Ce sont des personnes précarisées qui sont de moins en moins acceptées dans les lieux d'hébergement à bas seuil. Cette population est bien souvent au bénéfice d'une rente AI.

Ils se considèrent « en marge » et ne veulent pas se retrouver dans des foyers avec des personnes présentant des troubles psychiques. Une polytoxicomanie est fréquente. L'addiction à la cocaïne en injection est également une tendance lourde depuis quelques années. La réponse aux éventuels traitements et la volonté propre de la personne sont les deux facteurs principaux d'une évolution positive de leur situation.

#### *Julien*<sup>16</sup>

Julien a 31 ans. Il est sous cure de méthadone et passe de structure en structure. Il a commencé deux apprentissages qu'il n'a jamais terminés.

Il ne travaille pas : l'HG prend en charge la pension d'hébergement, les repas, l'abonnement TPG et lui donne 300 frs d'argent de poche par mois.

Il fréquente la Rue Verte<sup>17</sup> et parfois le Square Hugo. Il a fait de la prison, a été placé dans un foyer dans un autre canton romand pour une cure de désintoxication qu'il a fini par fuir.

#### *Paul*

Paul a 46 ans, il est dépendant depuis 25 ans. Il a tout essayé, a eu des périodes de sevrage et des cures de méthadone qu'il n'a pas supportées, car ça le « rendait mou ». Il ne présente pas de troubles psychiques et est très lucide sur sa situation.

Il a une connaissance incroyable du réseau d'aide sociale que ce soit en Suisse, à Paris ou à Rotterdam. Il connaît bien toutes les structures et a fréquenté de nombreux lieux genevois et suisses, y compris la prison.

Il a déposé une demande AI avec l'appui du Service de probation et d'insertion<sup>18</sup>. Paul n'a plus de logement suite à une séparation et dort dans une structure d'hébergement d'urgence. Il regrette aujourd'hui de toucher une rente AI, car elle ne le pousse pas à retrouver du travail.

#### *Nicole*

Nicole a 46 ans. Elle est dépendante et séropositive depuis 17 ans. Une rente AI lui est versée depuis 11 ans. Elle vit chez une amie depuis que son compagnon s'est suicidé.

Elle fréquente des structures d'accueil depuis l'âge de 18 mois, se sent profondément « au fond du trou » et n'en peut plus. Elle ne peut imaginer ce qu'elle va devenir.

---

<sup>15</sup> Terme préféré à « incapacité », qui renvoie trop fortement à une normalité (voir chapitre 7).

<sup>16</sup> Les prénoms sont fictifs.

<sup>17</sup> Lieu de consultation de la Division d'abus de substances des HUG

<sup>18</sup> Ancien Patronage – DJPS.

### **2.2.2 Les jeunes adultes avec troubles psychologiques**

Cette population est considérée par le réseau comme en forte augmentation. Les besoins sont centrés sur un suivi psychologique soutenu et régulier, notamment pour la prise de médicaments. Sans suivi et prise en charge rapide, leur état peut vite s'aggraver et devenir irréversible. La durabilité de leur empêchement dépend dans une large mesure de la qualité du traitement et de l'encadrement proposé.

Les plus jeunes d'entre eux ont souvent coupé les liens avec leurs parents et n'ont pas achevé leur formation.

#### *Louis*

Louis est un jeune homme de 19 ans. En crise, il a frappé son père qui l'a mis à la porte. Il s'est retrouvé à Belle-Idée pendant quatre mois. Il a ensuite fréquenté différents foyers et vécu plusieurs semaines dans la rue.

Il connaît bien le réseau, notamment pour se nourrir. Il lui faut un encadrement quotidien car il doit absolument prendre des médicaments.

#### *Jean*

Jean est un homme de 35 ans, à l'AI depuis 15 ans. Il est sous tutelle et son assistante sociale le place de structure en structure depuis 10 ans.

La fréquence de ses épisodes schizophréniques a tendance à s'intensifier et bon nombre de structures à bas seuil ne l'acceptent plus.

#### *Thomas*

Thomas a 37 ans vit à Genève depuis 5 ans, au bénéfice d'un permis B.

Il est à l'assistance publique. Comme il ne supportait plus cette situation, il a été voir son assistante sociale pour lui demander un soutien psychologique. On ne l'a pas écouté. Quand il est revenu chez lui, il a mis le feu à son appartement avec, à l'intérieur, sa femme et son enfant.

Il a été interné à Belle-Idée à la suite de cet épisode, puis placé par l'assistante sociale dans un foyer d'accueil.

### **2.2.3 Les femmes victimes de violence conjugale ou domestique**

Il s'agit d'une population de plus en plus précarisée, notamment les femmes de nationalité étrangère qui sont ou étaient mariées à des Suisses et qui ont un permis B. Le fait de quitter leur domicile rend leur situation légale instable : aux conséquences psychiques et physiques de la violence conjugale subie s'ajoute la crainte de perdre leur permis. Nous avons également constaté la présence de femmes venues ici comme esclaves domestiques et qui n'ont pas de passeport.

Celles qui sont mères éprouvent de grandes difficultés à trouver un hébergement d'urgence qui puisse les accueillir avec leur/s enfant/s.

En dehors de la protection à apporter, l'évolution de leur situation est dépendante de la rapidité de la décision judiciaire pour une personne suisse ou qui bénéficie d'un permis stable. La qualité de l'encadrement psychosocial et social est également déterminante. Pour beaucoup (sans permis ou permis B notamment), l'évolution de la situation dépend d'une évolution législative sur laquelle elles n'ont pas d'emprise.



### *Tissama*

Tissama est une femme de 46 ans provenant du sous-continent indien. Elle a été exploitée et battue pendant 15 ans dans une famille bi-nationale résidant à Genève.

Elle a pu fuir et s'est retrouvée aux urgences à l'hôpital, où l'assistante sociale a contacté le centre LAVI. En conséquence des violences subies, Tissama présente des troubles psychiques graves et a été mise sous curatelle. Elle vit en foyer depuis 2 ans.

### *Barbara*

Barbara est une jeune femme de 21 ans originaire d'un pays de l'Est et mariée à un bi-national. Elle est en Suisse depuis 1999. Son mari est à l'AI et la violentait. Elle vit en foyer depuis 8 mois avec son enfant. L'HG lui paye les frais d'hébergement et l'OCPA verse une rente pour sa fille.

Elle a été un moment au chômage, mais on lui a refusé toute formation, en lui expliquant qu'elle pouvait très bien travailler comme femme de chambre. Elle ne sait pas ce qu'elle va devenir, mais souhaite faire un apprentissage.

### *Aïcha*

Aïcha est une femme de 38 ans d'origine nord-africaine qui a travaillé pendant deux ans dans une famille à Genève. Elle est tombée gravement malade et a été mise à la rue. Une personne bienveillante l'a emmenée à l'hôpital.

Elle se trouve en convalescence dans une structure d'accueil et va bientôt rejoindre une partie de sa famille en France.

### *Fatima*

Fatima a 26, elle est d'origine nord-africaine. Son mari, suisse, est couvert de dettes : il l'a fait venir de son pays et l'a épousée en communauté de biens. Etant sans emploi lui-même, il l'a obligée à travailler pour payer ses dettes.

Ne pouvant plus payer leur loyer, ils ont été expulsés de leur logement. Fatima vit maintenant dans une structure d'accueil et va essayer de demander une séparation pour se dégager des dettes de son mari.

## **2.2.4 Les sans-papiers**

Les sans-papiers sont considérés comme en augmentation, et plus particulièrement en provenance d'Amérique latine. Ce sont souvent des personnes fortement précarisées au niveau financier, mais qui disposent parfois d'un soutien psychologique de la part des membres de leur communauté.

Ces personnes ont de grandes difficultés d'accès aux structures d'aide, car elles vivent dans l'illégalité et ont peur de se faire renvoyer. Le cadre juridique suisse est le principal déterminant de leur situation.

### *Joëlle*

Joëlle est une jeune femme d'Afrique centrale, mariée à un Suisse depuis 4 ans avec lequel elle a eu un enfant. Ils vivaient ensemble en Afrique quand son mari est décédé.

Elle a décidé de venir à dans un canton suisse-allemand pour retrouver la famille de son mari, sans succès. Elle s'est retrouvée à la rue sans argent ni refuge avec sa fille de 2 ans. Des personnes de la ville d'origine de son mari lui ont alors conseillé de s'adresser à l'Armée du Salut à Genève.

Elle a effectivement bénéficié d'un hébergement d'urgence et un service social privé tente de lui obtenir un permis B.

### *Jean*

Jean est un jeune sud-américain de 20 ans qui a un baccalauréat en sciences sociales. Il est venu en Suisse dans l'espoir de pouvoir étudier car il y a « très peu de possibilités » dans son pays.

Il est arrivé dans une ville de Suisse orientale où il a de la famille, puis on lui a conseillé de venir à Genève où « il y a plus d'opportunités ». Il n'a cependant pas les ressources financières suffisantes pour le dépôt d'une demande d'un permis B étudiant.

Il vit dans une structure d'accueil et espère pouvoir rapidement demander un permis de séjour car il ne peut plus retourner dans son pays.

### *Roger*

Roger a 46 ans. Il est arrivé en 1986 en Suisse comme requérant d'asile d'un pays de l'Est. Il a immédiatement trouvé du travail comme cuisinier et a quitté le foyer auquel il avait été attribué. Pendant 15 ans, il a toujours trouvé un travail non déclaré et un logement indépendant.

Il y a huit mois, il est tombé gravement malade. Il a fait deux mois d'hôpital et a dû payer l'ensemble des frais d'hospitalisation. Par la suite, Roger a perdu son logement et son travail.

Il s'est présenté comme personne en situation irrégulière à la police pour qu'on le renvoie chez lui, mais on a refusé de le renvoyer malade dans son pays. Il est accueilli dans une structure d'hébergement et continue son traitement qui est maintenant payé par une association caritative.

## **2.2.5 Les requérants d'asile**

### *Rachid*

Rachid a 38 ans et est d'origine nord-africaine. Il a une formation bancaire et onze ans d'expérience professionnelle. Il a déposé des demandes d'asile dans quinze ambassades mais n'a jamais eu de réponse positive. Il a toutefois réussi à avoir un visa et a trouvé un travail dans une ferme dans le Jura.

Après trois ans d'activités dans cette ferme, il est venu à Genève dans l'optique d'obtenir un permis de réfugié politique. Il vit depuis 4 ans dans une structure, dans l'attente d'une réponse.

### *Hosni*

Hosni est d'origine moyen-orientale, il est âgé de 50 ans. Il a une excellente formation universitaire. Il a été, entre autres, *lead auditor* et consultant international. Il a dû fuir son pays suite à la réception de menaces de mort liées à des pratiques de corruption qu'il n'a pas voulu couvrir.

Il séjourne dans un lieu d'accueil genevois depuis dix mois et ne reçoit aucune aide. Il a déposé une demande d'asile en Italie et aimerait rejoindre Londres pour s'intégrer dans les réseaux d'opposition de son pays, mais il n'a pas les moyens de se payer le voyage. Il s'exprime en anglais et apprend le français.

### *Salomé*

Salomé est une jeune femme de 30 ans d'Afrique de l'Est. Elle est arrivée dans un canton suisse-allemand en 1997, au bénéfice d'un permis N. Elle s'est retrouvée enceinte d'un Suisse « de passage » et ne l'a pas supporté psychologiquement. Dans ce canton, on lui a conseillé de venir à Genève où elle serait mieux soutenue.

Elle a fait une dépression importante et a dû être hospitalisée à Belle-Idée. Son enfant a été mis sous tutelle et la PDJ a entamé une procédure de reconnaissance en paternité.

Elle vient de trouver un emploi et va bientôt sortir du foyer pour mener une vie indépendante avec sa fille.

### **2.2.6 Les Working Poor**

De nombreuses études<sup>19</sup> récentes montrent une augmentation des « Working Poor » sont en forte ces dernières années. Bien souvent ces personnes ont des emplois précaires, à temps partiel et/ou faiblement rémunérés, ce qui ne leur permet pas de vivre décemment. Elles ont rarement accès à un logement, soit parce que les régies n'acceptent pas des personnes qui n'ont pas un revenu suffisant et stable, soit parce qu'elles ont dû s'endetter.

Certaines d'entre elles sont au bénéfice d'aides financières complémentaires, mais d'autres n'atteignent juste pas le seuil des barèmes d'assistance. Elles avouent parfois être tentées de perdre leur emploi pour bénéficier de l'assistance publique. L'évolution de leur situation est tributaire des normes régissant le marché du travail et de la conjoncture économique.

#### *Marc*

Marc a 47 ans, il est né à Genève. Il a une activité professionnelle rémunérée à l'heure. Il s'est retrouvé à la rue, son loyer ayant trop fortement augmenté. Il cherche depuis un an un nouveau logement, mais les régies n'entrent pas en matière avec son salaire irrégulier.

Il ne bénéficie d'aucune aide financière et vit dans une structure d'accueil depuis 8 mois.

Marc va bientôt quitter cette structure : il vient de se faire engager comme concierge.

#### *Martin*

Martin est un jeune homme de 25 ans. Il habitait dans le sud de la Suisse et traversait une période de chômage, quand une agence de placement temporaire lui a trouvé un travail d'ébéniste à temps partiel à Genève.

Comme il est aux poursuites pour des petits crédits non payés et qu'il ne peut percevoir une aide de l'assistance (depuis moins de deux ans sur Genève), il ne trouve pas de logement.

En attendant d'avoir réglé ses dettes et de trouver un travail fixe, il vit dans une structure d'accueil.

### **2.2.7 Les Suisses de retour de l'étranger**

Les Suisses de retour de l'étranger semblent, aux dires des acteurs de terrain, en forte augmentation, et plus particulièrement les bi-nationaux en provenance d'Amérique latine. Bien que l'Hospice Général ait comme mandat de s'occuper de cette population, certains restent en marge car ils ne remplissent pas les critères d'accueil. Cette catégorie regroupe des personnes vivant des problématiques très différentes, dépendantes d'une conjonction de facteurs.

---

<sup>19</sup> Voir la bibliographie en annexe.

### *Delphine*

Delphine dispose de la nationalité suisse et d'une autre d'un pays nord-africain. Elle a 41 ans, a travaillé pendant quinze ans en Suisse comme secrétaire de direction, puis a divorcé et est retournée vivre en Afrique du Nord pendant sept ans.

Ne pouvant plus rester dans ce pays, elle a contacté l'ambassade de Suisse qui lui a donné l'adresse d'un CASS à Genève. Quand elle s'est présentée dans ce CASS, on lui a donné un rendez-vous pour dans quinze jours. Elle s'est donc retrouvée à la rue, sans logement et sans argent.

Depuis cet épisode, elle est dans une structure d'accueil et attend une décision du chômage. Elle n'arrive pas à trouver un logement.

### *Bruno*

Bruno est un homme de 40 ans de nationalité suisse et latino-américaine. Il a travaillé pendant quatorze ans en Suisse puis a divorcé.

Croulant sous les dettes, il a quitté la Suisse pour l'Amérique latine, où il a vécu durant deux ans, puis il est revenu en Suisse. Ses dettes ont été remboursées avec son deuxième pilier.

Il a maintenant un travail mais ne trouve pas de logement. Il vivait dans un squat quand la police l'a amené dans une structure d'accueil, en attendant qu'il trouve un logement.

## **2.2.8 Les « marginaux »**

Bien que défendant un certain mode de vie en marge de la société, ces personnes ont bien souvent vécu un processus de marginalisation : rupture familiale, perte d'un emploi, maladie.

Ces personnes vivant en marge de la société depuis plusieurs années se considèrent elles-mêmes comme difficilement « insérables ».

### *Florian*

Florian est un homme de 59 ans, qui fréquente les structures d'accueil genevoises en alternance depuis 30 ans.

Après son divorce, il est devenu alcoolique et a perdu son emploi. Depuis maintenant trente ans, sa vie alterne entre périodes de boisson et vie en institution.

Il se considère comme un marginal qui n'arrive pas à assumer ses responsabilités. Il n'a pas envie de payer des impôts ou des factures. Il préfère être nourri et logé dans une structure et fournir une aide en contrepartie. Ce mode de vie lui plait : selon ses dires, il n'a rien à assumer et peut tranquillement aller boire des verres avec ses copains.

## **2.3 Les nouvelles formes de précarité : perceptions du réseau**

Les intervenants du réseau constituent des observateurs privilégiés des évolutions qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre de leurs activités. Les paragraphes qui suivent sont une synthèse des éléments recueillis auprès d'eux sur ces évolutions.

---

<sup>20</sup> Il est important de préciser que le réseau d'action sociale d'urgence s'étend au-delà des institutions représentées au sein de la Plateforme de coordination contre l'exclusion, bien que la grande majorité y soit intégrée.

<sup>21</sup> Voir bibliographie finale.

### **2.3.1 Une augmentation marquée des troubles psychiques**

Constat partagé par l'ensemble des intervenants, les personnes présentant une instabilité psychique constituent une part de plus en plus importante de la population accueillie dans le réseau.

S'il est difficile de préciser les pathologies les plus fréquentes, les répondants évoquent globalement un net accroissement de la fragilité émotionnelle et psychique des bénéficiaires, et une présence de plus en plus marquée de pathologies psychiatriques nécessitant une intervention spécifique que ne peuvent parfois pas ou plus assumer les intervenants.

Ce constat nous a également été rapporté par différents services communaux rencontrés, qui notent une augmentation de l'état de stress général des populations résidentes sur leurs territoires respectifs.

### **2.3.2 Un rajeunissement de la population accueillie**

La moyenne d'âge des bénéficiaires tend aussi à baisser. Nos propres observations montrent également que la part de personnes de moins de 30 ans est particulièrement présente. Et cette évolution est considérée comme récente (moins de cinq ans).

Sans parler des enfants ni des adolescents, dont les circuits d'aide sont plus fortement intégrés au sein d'institutions publiques, les intervenants rapportent globalement un rajeunissement des personnes accueillies, avec des pointes dans des catégories de population bien définies (jeunes requérants d'asile, jeunes sans formation, jeunes en rupture familiale).

### **2.3.3 Une forte présence dans le réseau de familles monoparentales**

Sans que ce soit une surprise, le réseau rapporte de nombreux cas de mères avec enfants dans les lieux d'accueil, et plus particulièrement dans les lieux où une aide alimentaire est dispensée. La question des capacités d'hébergement d'urgence de mères avec enfants est également soulevée.

### **2.3.4 Des vulnérabilités multiples et conjointes**

Plusieurs intervenants soulignent également le développement de formes de précarité multidimensionnelles : problème de permis et violence conjugale sont souvent cités comme des problématiques conjointes, auxquelles peut venir s'ajouter une conduite addictive. Le suivi et l'accompagnement de personnes aux prises avec ces situations de vulnérabilités concomitantes sont difficiles et mobilisent des ressources importantes.

### **2.3.5 Une complexité croissante des situations sociales**

Plusieurs institutions ou associations n'intervenant pas directement dans l'action sociale d'urgence, mais qui suivent de près la situation administrative des personnes précarisées, rapportent un accroissement de la complexité des dossiers, due selon elles à une mauvaise évaluation des services sociaux, ainsi qu'à un traitement fragmenté des dossiers auprès des grandes institutions de protection sociale (assurance-invalidité, office cantonal des personnes âgées notamment).

### **2.3.6 Une présence latino-américaine marquée**

Parmi les personnes en situation d'illégalité, le réseau signale depuis quelques années une présence de plus en plus importante de jeunes femmes, avec ou sans enfant(s), et originaires d'Amérique latine. L'instabilité induite par la fragilité statutaire et la faible qualité de l'intégration culturelle tend à engendrer une souffrance psychique, si celles-ci ne parviennent pas à développer des relations avec les membres de leur communauté présents à Genève.

### **2.3.7 Consommation de cocaïne en intraveineuse**

Repérée depuis quelques années déjà, la consommation de cocaïne par intraveineuse constitue un puissant facteur de désintégration et d'aggravation de la précarité parmi les personnes usant de cette modalité de consommation : le nombre conséquent d'injections quotidiennes a de forts impacts sur la santé physique et psychique des usagers. A titre indicatif, le Groupe Sida Genève évalue la proportion des personnes s'injectant de la cocaïne au Quai 9 à plus de 70%.

## **2.4 Un réseau à l'image des besoins rencontrés**

Le réseau<sup>22</sup> d'action sociale d'urgence genevois est à l'image des trajectoires individuelles rencontrées : il est varié. Nous retrouvons ainsi des associations ad hoc d'origine genevoise, s'occupant exclusivement d'une prestation bien définie ou couvrant une grande richesse de prestations, mais aussi des institutions d'ampleur nationale et internationale offrant une large palette de prestations. Le secteur public en est le principal financeur, quel que soit le niveau institutionnel considéré, mais les dons de particuliers sont également un signe de l'intérêt porté aux différentes démarches de lutte contre la ou les précarité(s).

L'autonomie propre au secteur associatif a permis le développement d'une grande diversité d'approches et de pratiques d'intervention, diversité qui se retrouve dans les tonalités des lieux, mais aussi dans la manière d'aborder et d'appréhender la réalité de l'utilisateur-bénéficiaire.

### **2.4.1 Une forte individualisation des trajectoires**

A l'image des constats émanant de la littérature sur les phénomènes de précarité<sup>23</sup>, et à l'instar des villes d'une certaine importance, Genève observe une large palette de situations qu'il est difficile de catégoriser. Ce sont davantage des trajectoires individuelles, des histoires de vie et des vulnérabilités particulières qui amènent les bénéficiaires rencontrés dans une situation de précarité. En caricaturant (et sans rien apprendre à personne), le clochard « classique », assumant son rôle social, a fait place depuis quelques années à un éventail bien plus large de situations sociales, dans lesquels chacun de nous peut s'identifier. Dès lors, parler de précarité ou d'exclusion au singulier ne nous permet plus de rendre compte de l'existant : il y a aujourd'hui des précarités et des exclusions.

### **2.4.2 Un réseau attentif à l'évolution des référentiels...**

Le passage progressif d'une forme de précarité liée à des catégories de population bien identifiées à la diversité observée a nécessité une adaptation des structures

---

<sup>22</sup> Il est important de préciser que le réseau d'action sociale d'urgence s'étend au-delà des institutions représentées au sein de la Plateforme de coordination contre l'exclusion, bien que la grande majorité y soit intégrée.

<sup>23</sup> Voir la bibliographie en annexe 12.

d'aide précédentes. Le passage de la « soupe populaire » aux types d'interventions centrées sur les besoins s'est largement effectué sur Genève : la qualité de l'accueil et de l'écoute, le potentiel d'empathie (sans angélisme...), l'absence de jugements dégradants ou disqualifiants peuvent être cités comme les valeurs dominantes du réseau d'action sociale d'urgence.

### **2.4.3 ...et ouvert aux approches contemporaines**

Dans le même ordre d'idées, le réseau se caractérise par une volonté de prendre en compte non pas un besoin unique, mais de considérer d'un seul tenant les besoins de chaque individu. La prise en charge globale des besoins tend à devenir la norme de référence du réseau, même si la configuration actuelle du réseau et ses relations avec les institutions de protection sociale ne permet pas, pour l'heure et pour différentes raisons, la révolution attendue : la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente de lutte contre les exclusions.

Après ces éléments sur les bénéficiaires des prestations du réseau d'action sociale d'urgence et ces premières images sur le réseau, les chapitres qui suivent reprennent la typologie des topiques de l'urgence développés dans le chapitre précédent.

Sont donc considérés dans un premier temps les interventions urgentes, nécessitant un déplacement sur site d'institutions spécialisées comme la Police ou les entrées aux urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital cantonal. Leur insertion dans cette étude, même partielle, vise essentiellement à saisir le volume d'activités engendré par leur appui à des personnes en situation précaire, que cette situation soit temporaire, liée à un événement ponctuel, ou au contraire trouve sa source dans une situation de précarité chronicisée.

Dans un second temps, les activités du réseau d'action sociale d'urgence, au cœur de cette étude, font l'objet d'un examen plus approfondi. Le critère déterminant de regroupement des institutions et associations présentes dans cette partie est le fait que leurs interventions sont dictées par une urgence au quotidien, visant à satisfaire des besoins incompressibles, comme l'hébergement d'urgence, l'accès à un repas ou aux soins.

### **3 Les principaux acteurs de l'urgence « événementielle »**

Deux acteurs sont centraux lors d'évènements considérés comme « non prévisibles » : les Hôpitaux universitaires, à travers les urgences médico-chirurgicales (DUMC-HUG), et la Police cantonale genevoise<sup>24</sup>.

#### **3.1 Les urgences médico-chirurgicales**

Connue par l'ensemble de la population, lieu d'accueil primaire en matière de besoin de soins en urgence, la DUMC a accueilli, en 2001, 55'769 urgences médico-chirurgicales, dont 22,2% restent hospitalisés<sup>25</sup>. Le nombre d'accueils effectués augmente année après année.

Les Urgences se sont vues attribuer ces dernières années des ajouts à leur mission de base : la traumatologie mineure dès 1991, la médecine de premier recours (consultations sans rendez-vous de médecine générale), puis début 2002 les urgences psychiatriques.

##### **3.1.1 La composante sociale des activités de la DUMC**

Les activités des infirmières en santé publique de la DUMC recensent, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2002, les interventions suivantes :

- Quatorze interventions liées aux problèmes engendrés par une hospitalisation : organisation d'une aide au conjoint dépendant non hospitalisé, aux enfants ou aux animaux.
- Onze interventions pour absence de logements (SDF).
- Trois interventions pour des sevrages de personnes alcoolisées.
- Trente-cinq interventions pour une impossibilité de soins à domicile et des demandes de placement en institution.
- Cent-dix-sept interventions pour des problèmes d'assurance ou financiers de toutes sortes<sup>26</sup>.
- Soixante-cinq interventions pour des problématiques psychiatriques ou de violence.

Il est cependant évident que ces indications chiffrées ne reflètent pas un des constats de base : le nombre de personnes se présentant aux urgences en état psychique fragile, mais ne nécessitant pas une hospitalisation psychiatrique, est considéré comme étant en forte augmentation ces dernières années.

##### **3.1.2 Les Urgences comme point d'entrée dans le réseau sanitaire**

Auparavant limité aux cas nécessitant une intervention en urgence, car touchant directement aux fonctions vitales, les Urgences sont aujourd'hui devenues la référence genevoise, le centre et principal accueil du réseau sanitaire. Différents

---

<sup>24</sup> Il existe cependant nombre d'autres acteurs, non répertoriés ici, comme les secteurs urgences des cliniques privées, SOS-Médecins (43'777 interventions effectives en 2001), le SIS, la Ligne d'accueil des demandes (LAD-FSASD), le RUMS, etc.. Ce chapitre ne se veut pas exhaustif, mais entend montrer les grandes tendances en matière d'interventions urgentes à composante sociale.

<sup>25</sup> Données DUMC, 2001

<sup>26</sup> Sont également compris sous cette rubrique les problèmes de rapatriement.



facteurs sont avancés pour expliquer ceci, dont notamment le fait que de moins en moins de médecins en pratique privée acceptent d'intervenir sur appel. Seules les interventions de SOS Médecins parviennent à diminuer le nombre de personnes reçues.

### **3.1.3 Une plainte à l'égard des heures d'ouverture du secteur social**

Le fait que les Urgences soient ouvertes 24h/24h, 7 jour sur 7, et les caractéristiques des personnes accueillies engendrent une demande de relations fortes entre le secteur médical et le secteur social institutionnel. La DUMC estime que cette relation n'atteint pas la qualité désirée et souhaitable, ne serait-ce que pour des questions d'horaires.

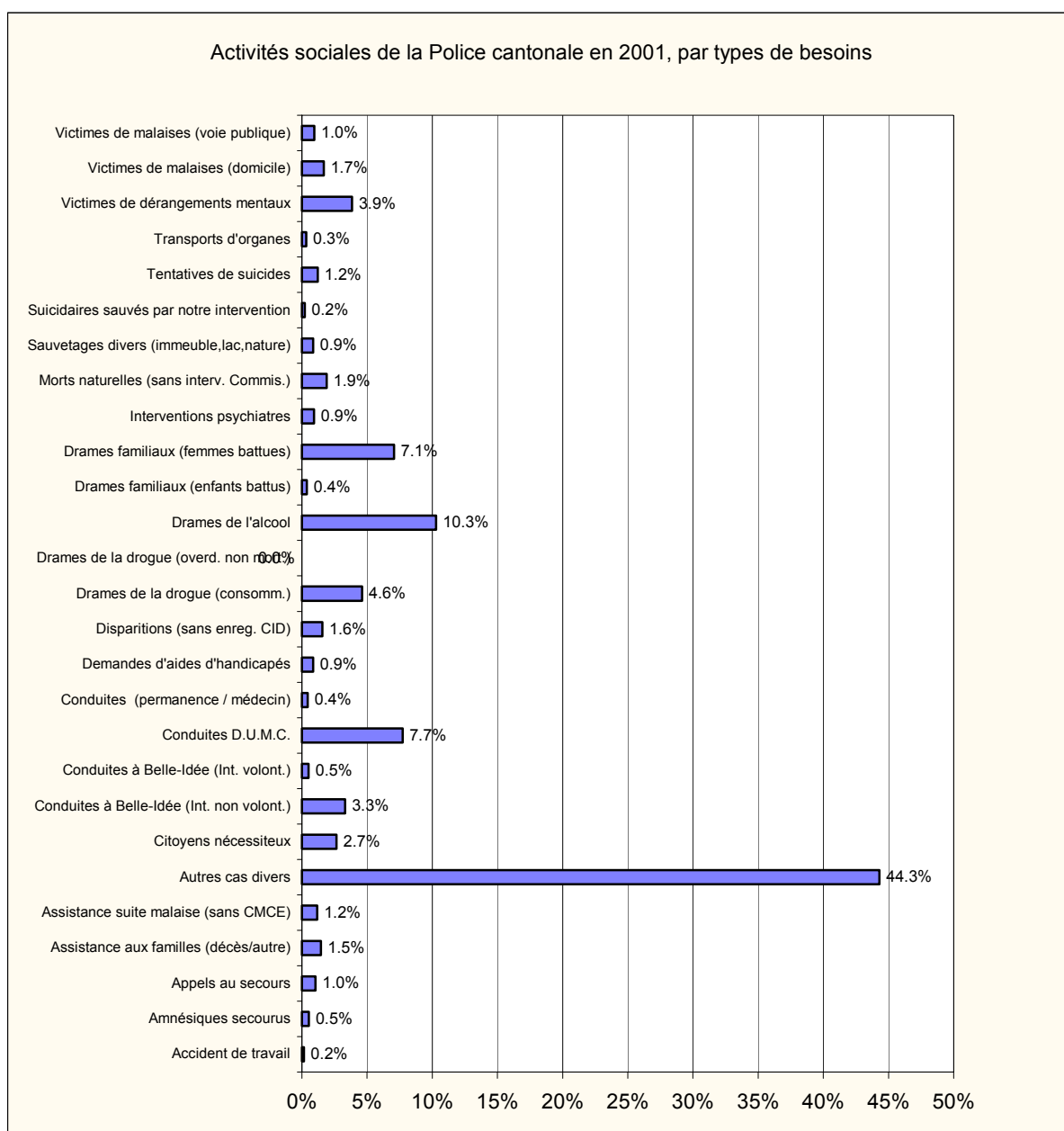
## **3.2 La police cantonale**

Sous la rubrique activités sociales, les organes de la police cantonale ont recensé un total de 12'306 interventions en 2001. Bien qu'une segmentation de ce volume par type d'intervention existe, ces données sont issues d'une analyse secondaire de la main courante des différents postes de gendarmerie : leur répartition est à considérer comme indicative<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> En l'état, ces données peuvent contenir des cas répertoriés simultanément sous plusieurs rubriques, voire des problèmes de précision dans la répartition des cas répertoriés. Source : Statistiques de la police genevoise 2001, rubriques activités sociales, Direction des études stratégiques de la police.

**Tableau 11: activités sociales de la police cantonale**



Il est intéressant de relever que la catégorie « autres cas divers » représente le 44% de l'ensemble des cas répertoriés. Nous ne disposons d'aucune information sur les caractéristiques de ces cas.

Considérant le rapport entre le volume général des activités de la police dues aux appels au 117 (59'390 appels en 2001) et les activités à caractère social, on peut estimer qu'un ordre de grandeur de 20% des interventions de la police sont générées par des demandes comportant une composante sociale. Il est pour l'heure impossible de construire un ordre de grandeur de l'importance du temps consacré par la police aux interventions à caractère social.

### 3.2.1 Les rôles des îlotiers

Les îlotiers ont principalement pour rôle d'assurer une forte présence piétonnière dans un secteur défini, tout en permettant aux commerçants et habitants de disposer d'une figure personnalisée de la police. Mais leur rôle est également d'observer les

évolutions positives ou négatives de la vie de quartier. Ce faisant, ils assument un rôle clé dans l'identification de personnes en situation précaire ou de situations potentiellement créatrices de précarité.

Leur présence dans le quartier est très appréciée des lieux d'accueil du réseau d'action sociale d'urgence : ce sont des interfaces nécessaires entre ces lieux, les habitants et commerçants du quartier et les instances policières.

### **3.2.2 Un sentiment d'inadéquation**

Les membres de la police que nous avons entendus dans le cadre de cette étude avouent une impuissance face à certains cas de détresse sociale. Les modalités envisageables de résolution de situation (violence conjugale avec absence de volonté de dépôt de plainte comme cas typique) sont complexes et sortent du registre des possibles de l'intervention policière. Un manque de relais auprès du secteur social est souvent évoqué, que ce soit en général ou dans une limite temporelle bien définie, comme la nuit ou le week-end, ou encore en termes de problématiques spécifiques rencontrées dans l'activité.

Ce type d'intervention, en augmentation<sup>28</sup>, se réalise dans un contexte difficile pour la police : d'une part une augmentation observée des interventions (de 49'977 réquisitions en 1996 à 59'930 en 2001, soit une hausse de 20% en six ans) et d'autre part une difficulté sensible dans le recrutement de nouvelles recrues.

Notons que la Police appelle de ses vœux la création d'une structure type « unité de garde sociale »<sup>29</sup>.

### **3.2.3 Constats généraux**

Les deux principaux acteurs de l'urgence événementielle font face à une augmentation continue du nombre de demandes. Il existe une demande de relais structuré orienté sur une intervention sociale, adossé aux secteurs policier et sanitaire, de type « *gate keeper* » ou spécialisé selon les problématiques rencontrées.

### **3.2.4 Question ouverte**

- ⇒ Quelles sont les potentialités qui peuvent être exploitées par une collaboration à long terme entre secteur social, secteur sanitaire et secteur policier ?

---

<sup>28</sup> Le transfert des ambulanciers de la police dans la nouvelle structure en 2001 a certes diminué le nombre des interventions à caractère social en terme de volume global entre 2000 et 2001, mais cette diminution est largement compensée par l'augmentation d'autres types de besoins.

<sup>29</sup> Voir Rapport d'étude et d'évaluation concernant la création d'une « unité de garde sociale », Georges Baudraz, Hospice Général, juillet 2001.

## 4 Les acteurs de l'urgence au quotidien

L'action sociale d'urgence – dans une compréhension plus générale – se définit davantage autour de la notion d'urgence au quotidien.

Cette urgence au quotidien se centre sur la satisfaction de besoins que l'on ne peut différer durablement. Ceci comprend en premier lieu la satisfaction de besoins primaires comme manger, trouver un lieu pour dormir, avoir accès à des structures de soins et d'hygiène. La possibilité d'être écouté, de rompre avec une solitude, de rencontrer d'autres personnes appartient également au socle de besoins à considérer comme essentiels, et à couvrir.

Nous tenons à préciser que les données indiquées ci-dessous et se référant à des éléments structurels, comme le nombre de lits par exemple, sont susceptibles d'évoluer rapidement. Les données indiquées nous ont été communiquées au plus tard en juillet 2002.

### 4.1 Accès à l'aide alimentaire

#### 4.1.1 Les acteurs de l'aide alimentaire

Trois structures à bas seuil d'accessibilité absorbent la majeure partie des personnes en situation précaire et à la recherche d'un repas : le Square Hugo, les Jardins de Montbrillant (anciennement : l'Arcade aux Grottes) et le Caré. Les repas sont gratuits et toute personne est bienvenue. La Halte-Femmes (lieu d'accueil de jour) et le Poste 2 de l'Armée du Salut offrent également des repas chauds.

**Tableau 12 : repas gratuits, sans condition d'accès et hors lieux d'hébergement, données 2001**

Bas seuil / repas	Capacités repas	Unités en 2001	Conditions	Ouverture
Le Caré <sup>30</sup>	150	34'580	Gratuit	lu-ve
Les Jardins de Montbrillant <sup>31</sup>	80	31'025	Gratuit	lu-sa <sup>32</sup>
Le Square Hugo	180	70'840	Gratuit	lu-ve + dim
La Halte-Femmes	10/15	150	Gratuit	lu-ve
Armée du Salut / poste 2	150	7'200	Gratuit	dim
	<b>Total</b>	<b>143'795</b>		

Le Square Hugo et les Jardins de Montbrillant<sup>33</sup> offrent à la fois un petit-déjeuner et un repas chaud.

Le Bateau Genève organise également un petit-déjeuner du lundi au samedi pour 2.- CHF. Les mardi et vendredi, un repas de midi collectif est organisé, dont le prix est de 5.- CHF. Une extension des repas sur deux jours supplémentaires par semaine est prévue en automne 2002. Cette structure à bas seuil offre cependant le repas si la personne ne peut payer.

<sup>30</sup> Y compris quelques samedis en période hivernale.

<sup>31</sup> Données liées aux activités de l'Arcade aux Grottes.

<sup>32</sup> Une ouverture des Jardins sur l'ensemble de la semaine est prévue en novembre 2002.

<sup>33</sup> Les petits-déjeuners des Jardins sont offerts à Cartouche en été.

Plainpalais-Accueil offre un repas chaud le dimanche et un « goûter » le mercredi. Ne sont accueillis que les porteurs d'une recommandation des services sociaux.

**Tableau 13: repas avec conditions d'accès et hors lieux d'hébergement, données 2001**

Bas seuil / repas	Capacités repas	Unités en 2001	Conditions	Ouverture
Le Bateau Genève	50	13'500	2.- (PtD) / 5.-(Repas)	ma + ve
Plainpalais-Accueil	200	5'000	Sur recommandation d'un service social	dim
	<b>Total</b>	<b>18'500</b>		

#### 4.1.2 Mille repas par jour

En Ville de Genève, on a compté **162'295 repas délivrés en 2001**, dont 92% sont gratuits et 97% sans condition aucune (si ce n'est de respecter le lieu). Ceci représente 520 repas en moyenne 6 jours sur 7, sur l'ensemble de l'année.

Il faut ajouter à ces chiffres environ 300 colis alimentaires délivrés chaque mardi par l'Association Colis du Cœur. L'Eglise ouverte des Pâquis accueille également 55 à 70 personnes chaque samedi et distribue une aide alimentaire, sous forme de colis, à qui en fait la demande.

Ces données font abstraction de multiples sources d'approvisionnement en aide alimentaire, que ce soit sous forme de repas préparés (repas liés à un hébergement), de colis ou d'accès à un éventail de produits alimentaires. Nous pensons notamment à différentes expériences menées dans d'autres communes urbaines de l'agglomération genevoise comme Onex, Plan-les-Ouates ou Vernier. On peut mentionner également, en Ville de Genève, l'épicerie sociale de Caritas. L'Hospice Général distribue également des bons d'achat à la Migros.

Une comptabilisation de l'ensemble des données récoltées dans le cadre de cette étude sur le nombre de repas délivrés, foyers compris, donne une somme d'environ **359'000 repas en 2001**, soit un ordre de grandeur d'environ **1000 repas par jour, ceci chaque jour de l'année**. Et sans compter les apports ponctuels ou réguliers offerts aux enfants scolarisés dans le cadre des cuisines scolaires.

#### 4.1.3 Une demande en augmentation

De l'avis des répondants concernés par la délivrance de repas, **le nombre de demandes ne fait qu'augmenter depuis quelques années**, et singulièrement depuis le début de 2002.

En corollaire, cette situation peut poser des difficultés en terme de gestion des lieux : dans l'espoir de résorber des demandes considérées comme « limite » du point de vue de leur légitimité, Carrefour-Rue a modifié les heures d'ouvertures de l'Arcade aux Grottes (avant son déménagement et son changement de nom), ouvrant dès 14h ou lieu de 12h. Mais cette tentative n'a pas rencontré le succès désiré.

Si cette augmentation est absorbée pour l'heure, il est cependant clair que cette situation n'est pas viable à terme et en l'état.

#### **4.1.4 Des lieux et des écoles de pensée**

Signe de la diversité des approches suivies, il semble qu'il existe une forme de fidélisation des personnes par lieu. Les entretiens menés auprès des acteurs et bénéficiaires du réseau d'action sociale d'urgence montrent assez clairement l'existence d'approches (de l'individu, du collectif, de son rapport au monde) différentes sans être forcément antagonistes, et qui se rejoignent autour de la question de la préservation ou du renforcement du capital « dignité » de la personne aidée. Ceci se réalise parfois par le biais d'activités communes ou la possibilité d'effectuer de menus travaux rémunérés.

Ce constat montre également que l'objectif (souvent affirmé) d'utiliser le moment du repas comme levier pour aborder les problématiques qui sous-tendent l'existence du besoin fonctionne. C'est particulièrement le cas au Caré, où le repas est conçu avant tout comme un moyen de créer du lien, d'entrer en contact, ceci dans un rapport interpersonnel. Faire émerger et développer ce contact suppose par ailleurs l'application du principe d'anonymat, ce qui est effectivement appliqué à l'exception de Plainpalais-Accueil.

#### **4.1.5 Modalités d'acquisition de denrées**

Différentes modalités d'acquisition de denrées alimentaires existent dans le réseau. Ceci va d'un approvisionnement par les cuisines de l'Hôpital (Square Hugo) à l'acquisition directe (Le Bateau Genève, le Racard). Globalement, nous retrouvons à travers ces exemples deux démarches différentes : le Square Hugo privilégie l'aspect diététique des repas confectionnés sous la houlette des HUG, alors que faire les courses et cuisiner sont considérés comme faisant partie intégrante d'une démarche d'autonomisation des passagers du Bateau Genève.

L'action « Samedi du partage » contribue grandement à la constitution des stocks de base.

Si le réseau se satisfait de la situation actuelle, il nous semble cependant que la création de la Banque alimentaire, par les services sociaux de Plan-les-Ouates, Onex et Lancy, la Virgule et le foyer UrGens pose la question d'une éventuelle dispersion des efforts de chacun dans ce domaine. Une tentative de centralisation a cependant eu lieu il y a quelques années, à la demande du Service social de la Ville de Genève et auprès de l'Armée du Salut, mais elle n'a pas rencontré l'écho désiré.

#### **4.1.6 Une faible couverture des besoins en fin de semaine**

En dehors d'ouvertures ponctuelles du Caré quelques samedis en période hivernale en sus des organismes mentionnés ci-dessus, la couverture des besoins est considérée comme insuffisante en fin de semaine.

#### **4.1.7 Questions ouvertes**

- ⇒ Une rationalisation de l'acquisition des denrées alimentaires est-elle possible, nécessaire ? Quelle est la place de la Banque alimentaire ? Quelles sont les modalités de coordination existantes ?
- ⇒ La couverture des besoins alimentaires par les acteurs existants est (ou semble) garantie pour l'heure. Si cette augmentation se confirme ces prochains mois, l'offre en matière alimentaire doit-elle être étendue ?

---

<sup>34</sup> Le Square Hugo a ainsi remarqué une subite augmentation en septembre du nombre de personnes venant prendre un repas le dimanche.

## 4.2 Accès à un hébergement d'urgence

Trouver un toit pour une nuit ou davantage constitue à l'évidence une urgence. Le chapitre qui suit fait le point sur les acteurs de l'hébergement d'urgence, les conditions et l'évolution des taux de fréquentation.

### 4.2.1 Les acteurs de l'hébergement d'urgence

Nous avons privilégié une segmentation des différentes structures offrant un hébergement d'urgence en fonction de leurs publics cibles.

#### 4.2.1.1 Hébergement d'urgence pour les adultes

L'Accueil de nuit et La Coulou sont les deux structures d'hébergement d'urgence au sens strict et ouvertes aux adultes, quel que soit leur problème ou leur statut légal. La Virgule et la Communauté d'Emmaüs proposent également des lieux, mais uniquement pour des hommes. Enfin, l'hébergement d'urgence auprès du Square Hugo est soumis à des conditions statutaires et concerne également les familles.

Un comportement violent ou agressif peut constituer un motif de refus d'hébergement. Emmaüs (comme d'autres structures) précise également ne pas pouvoir prendre en charge les personnes présentant des troubles psychiques dépassant ses capacités d'encadrement. La Coulou dispose d'une chambre réservée aux femmes (sans enfant) et l'Accueil de nuit propose des chambres pour les familles.

Tableau 14: hébergement d'urgence toutes catégories, données 2001.

Structure :	Accueil de nuit	La Coulou	Emmaüs	La Virgule	Square Hugo	Total
<b>Institution</b>	Armée du Salut	Carrefour-Rue	Communauté d'Emmaüs	La Virgule	Ville de Genève	
<b>Nbr de places</b>	40	30	30 (35 en hiver)	5	123 lits (23 logements)	228 (233)
<b>Nbr de nuitées 2001</b>	7'500	10'220	10'800	1'470	44'900 <sup>35</sup>	74'890
<b>Taux de fréquentation 2001</b>	51%	93%	92% <sup>36</sup>	107% <sup>37</sup>	100%	
<b>Prix / nuit</b>	15.- / nuit gratuité possible	gratuit	gratuit <sup>38</sup>	gratuit	10% du revenu brut	
<b>Durée maximale de séjour</b>	30 jours (si projet)	illimité	illimité	9 mois	3 mois reconductible <sup>39</sup>	

<sup>35</sup> Donnée estimée.

<sup>36</sup> Calculé sur une base de 32 lits. Si l'on calcule sur 30 lits, on obtient un taux de fréquentation moyen de 99%.

<sup>37</sup> Calculé sur neuf mois d'ouverture annuelle (273 jours).

<sup>38</sup> Sous réserve d'un appui aux activités d'Emmaüs.

<sup>39</sup> La durée de séjour moyenne dans un logement géré par le Square Hugo est de sept mois.

Ces structures ont des modalités de fonctionnement très différentes, allant d'un hébergement « pur », avec repas et fermeture la journée (dès 7h30 en été, dès 9h15 en hiver - Accueil de nuit), à un hébergement sous-tendu par une intégration dans les activités menées (Emmaüs). La Coulou est un lieu de vie ouvert, en autogestion collective, avec toutefois un résident-responsable.

Seule La Virgule ferme trois mois en été. Le Square Hugo rapporte une augmentation des dégradations des logements par les bénéficiaires, ce qui pose la question d'une évolution vers des appartements communautaires avec un suivi social léger, en complément des logements aujourd'hui disponibles.

Nous avons volontairement omis les Wagons, qui ont cessé toute activité à fin avril 2002. Pour mémoire, 21 places étaient disponibles et 7'400 nuitées ont été comptabilisées en 2001 (taux de fréquentation : 97%).

L'Accueil de nuit reste le seul centre d'hébergement, à forte capacité et à bas seuil, à disposer sur une base régulière de places disponibles. Les trois autres étant en permanence en situation d'occupation complète.

#### 4.2.1.2 Hébergement d'urgence pour les femmes, avec ou sans enfants

**Tableau 15: hébergement d'urgence pour femmes avec ou sans enfants, données 2001**

<b>Structure :</b>	<b>Au Cœur des Grottes</b>	<b>Foyer Arabelle</b>	<i>Total</i>
<b>Institution</b>	Armée du Salut	Foyer Arabelle	
<b>Nbr de places</b>	29 (dt 15 avec enfants), soit 44 places	26	70
<b>Nbr de places en crèche</b>	-	16 (dt 10 externe)	
<b>Nbr de nuitées 2001</b>	12'339	9'218	21'557
<b>Taux de fréquentation 2001</b>	141% <sup>40</sup>	97%	
<b>Prix / nuit</b>	40.- / nuit + 20.- si enfant entre 4 et 16 ans gratuité possible	80.- / nuit + 45.- / nuit pour les enfants	
<b>Durée maximale de séjour</b>	en fonction des besoins	6 mois	

Au Cœur des Grottes et Arabelle proposent des places uniquement aux femmes, avec ou sans enfants, en hébergement d'urgence et avec un appui psychosocial visant une réintégration sociale et professionnelle. Les personnes présentant des problématiques psychiatriques lourdes ne sont pas acceptées.

Les publics visés par ces deux organismes sont les femmes souffrant de situations de grande précarité, souvent dues à des problèmes conjugaux ou liés à l'absence de permis de séjour. Le Foyer de Solidarité Femmes, qui regroupe exclusivement des femmes victimes de violence conjugale, est compris dans une autre rubrique.

<sup>40</sup> Calculé sur une base de 24 lits (situation en 2001).



L'hébergement des femmes, et en particulier des mères avec enfants, reste une difficulté majeure : les places disponibles sont rares, voire inexistantes sur de longues périodes.

#### 4.2.1.3 Hébergement d'urgence pour jeunes adultes

Sont regroupés dans cette rubrique deux structures : L'Appartement Gabrielle Sabet (Infor-Jeunes / HG) et le Foyer le Pertuis (FOJ), accueillant de jeunes adultes et offrant un soutien psycho-éducatif.

**Tableau 16: hébergement d'urgence pour jeunes adultes, données 2001**

<b>Structure :</b>	<b>App. Gabrielle Sabet</b>	<b>Foyer le Pertuis</b>	<i>Total</i>
<b>Institution</b>	Infor Jeunes Hospice Général	Fondation officielle pour la jeunesse	
<b>Conditions</b>	18 à 25 ans sans enfants	18 à 39 ans avec ou sans enfants	
<b>Nbr de places</b>	10	10	20
<b>Nbr de nuitées 2001</b>	2'713	3'354	6'067
<b>Taux de fréquentation 2001</b>	74%	101% <sup>41</sup>	
<b>Prix / nuit</b>	10.- / nuit	18.- / nuit	
<b>Durée maximale de séjour</b>	env. 3 mois	1 mois	

A noter que le Pertuis, prévu pour accueillir en premier lieu de jeunes adultes, se retrouve de fait avec une population majoritairement composée de femmes avec enfants. Les jeunes hommes ne représentent qu'une moyenne de moins de 15% de la population hébergée d'urgence. Cet état de fait pose des problèmes d'encadrement et modifie le contenu même de la mission du foyer : un nouveau concept psycho-éducatif est en vigueur depuis début 2002, mais la question des gardes d'enfants (nécessaires dans une perspective d'autonomisation de la mère ou du père) pose un problème conséquent.

L'évolution de la clientèle du Pertuis démontre l'étendue des besoins en matière d'accompagnement et d'hébergement des familles monoparentales.

#### 4.2.1.4 Hébergement d'urgence pour les mineurs

Cette rubrique couvre un aspect non formellement compris dans cette étude. Toutefois, son insertion est représentative de la situation existante sur Genève.

L'hébergement des mineurs doit répondre à une demande légale, qu'elle provienne des services de l'Office de la jeunesse du DIP (Protection de la jeunesse, Tuteur général), des services d'aide à domicile ou de la Police (brigade des mineurs).

Trois foyers accueillent les mineurs : l'Etape, le Pont et l'internat de la petite enfance Piccolo.

**Tableau 17: hébergement d'urgence pour mineurs, données 2001**

<b>Structure :</b>	<b>Le Pont<sup>42</sup></b>	<b>L'Etape</b>	<b>Piccolo</b>	<b>Total</b>
<b>Institution</b>	Hospice Général	Fondation officielle pour la jeunesse	Fondation officielle pour la jeunesse	
<b>Conditions</b>	13 à 18 ans	Dès 5 ans	0 à 5 ans	
<b>Nbr de places</b>	10	8	12	30
<b>Nbr de nuitées 2001</b>	2350 <sup>43</sup>	2817	3354	8521
<b>Taux de fréquentation 2001</b>	64%	96%	101% <sup>44</sup>	

Les intervenants de Piccolo rapportent une augmentation de la durée moyenne des séjours, dues à deux facteurs : la complexité des situations, rendant l'évaluation de la situation par les services sociaux ou les juges plus longues, mais aussi le manque de familles d'accueil.

Cette situation péjore clairement l'hébergement d'urgence des enfants, puisque les durées de séjours rapportées pour 2001 peuvent aller jusqu'à 200 jours. Le nombre de places disponibles est donc faible.

#### *4.2.1.5 Hébergement d'urgence spécialisé*

Sont regroupés sous cette rubrique les lieux visant un public cible particulier. Les personnes hébergées ont pour la plupart fréquenté d'autres lieux ou formes d'hébergement d'urgence, mais quelques places peuvent être disponibles en urgence.

La (re)construction de la personne et de son identité sont au centre des préoccupations des intervenants.

<sup>41</sup> Calculé sur 332 jours d'ouverture en 2001 – fermeture un mois en été.

<sup>42</sup> Bien qu'il ne s'agisse pas d'une structure d'accueil d'urgence à proprement parler, Le Pont peut parfois accueillir des adolescents dans un délai très court.

<sup>43</sup> Chiffre estimé sur la base du rapport d'activité de l'Hospice Général 2001.

<sup>44</sup> Calculé sur 332 jours d'ouverture en 2001 – fermeture un mois en été.

**Tableau 18: hébergement d'urgence spécialisé, données 2001**

<b>Structure :</b>	<b>Le Racard</b>	<b>Foyer UrGens</b>	<b>La Mauresque</b>	<b>Foyer Solidarité Femmes</b>	<i>Total</i>
<b>Institution</b>	Le Racard	UrGens	Croix-Rouge genevoise et La Virgule	Solidarité Femmes	
<b>Publics cible</b>	Polytoxicomanes, personnes psychiatriquées ou suicidaires	Porteurs d'un projet	Porteurs d'un projet	Victimes de violence conjugale	
<b>Nbr de places</b>	8	6	10	6	30
<b>Nbr de nuitées 2001</b>	2110	1000	2555	2733	8398
<b>Taux de fréquentation 2001</b>	79% <sup>45</sup>	<sup>46</sup>	70%	125%	
<b>Prix / nuit</b>	100.- / nuit	200.- / mois	% du revenu	48.- / nuit + 28.- / nuit par enfant <sup>47</sup>	
<b>Durée maximale de séjour</b>	3 mois reconductible	12 mois reconductible	12 mois reconductible	12 mois	

Les modalités d'encadrement varient fortement, de l'encadrement minimum (permanence partielle) à l'accompagnement psychosocial. Le taux de fréquentation du Foyer de Solidarité Femmes est à l'image de l'ensemble des lieux d'accueil pour femmes.

#### 4.2.1.6 Les logements temporaires

En dehors des foyers et lieux énumérés ci-dessus, Carrefour-Rue et l'Association Logements Temporaires (ALT) peuvent proposer des logements temporaires.

- Carrefour-Rue dispose en gestion de huit maisons de vie communautaire et de quinze studios. Ces lieux de vie sont en règle générale proposés aux personnes séjournant à La Coulou. Le loyer y est très modeste. A eux seuls, ces lieux comptabilisent 16'425 nuitées en 2001.
- L'ALT, souvent citée comme possibilité d'hébergement, dispose d'un stock de 400 chambres sur le canton, mais elles sont essentiellement destinées à accueillir des personnes travaillant dans le bâtiment, la restauration ou l'hôtellerie.

Ces possibilités d'hébergement sont totalement saturées par le nombre de demandes.

<sup>45</sup> Calculé sur 11 mois d'ouverture annuelle.

<sup>46</sup> Les travaux réalisés en 2001 ne permettent pas de calculer un taux de fréquentation.

<sup>47</sup> Si la personne est autonome financièrement, le loyer s'élève à 20% du revenu mensuel, moins 10% par enfant (1 enfant = 18%, 2=16%, etc.). Les chiffres indiqués sont valables pour les personnes au bénéfice de l'assistance publique.

#### 4.2.2 Une large palette de modalités de prise en charge

Les possibilités d'hébergement en urgence se caractérisent par une forte variété dans les modalités de prise en charge. Ceci va de l'autogestion à un encadrement psychosocial, en passant par une contractualisation de la relation dans une perspective de développement des capacités d'autonomie.

Cet état de fait est perçu comme un élément positif du réseau genevois, permettant une adéquation entre caractéristiques de la demande et offres disponibles (accueil simple, suivi ou forte prise en charge). Il est cependant évident que les taux de fréquentation observés limitent une bonne mise en œuvre de ce principe d'adéquation.

Nous avons également relevé à travers nos entretiens auprès des bénéficiaires que certains évoluent d'un lieu à l'autre, faute de stabilisation.

#### 4.2.3 126'833 nuits en urgence l'an dernier

En faisant abstraction des logements temporaires, nous constatons que les foyers et logements en hébergement d'urgence comptabilisent un total de **126'833 nuitées en 2001**, dont **118'312 pour le secteur adultes** y compris adultes avec enfants (93%) et **8'521 pour le secteur mineurs** (7%). A lui seul, le Square Hugo enregistre 35% des nuitées en 2001.

Ces 126'833 nuitées, réparties sur l'année, donnent une moyenne de **347.5 nuitées effectives par nuit en 2001**, pour un total de 369 lits pour adultes (y compris adultes avec enfants, 374 en hiver<sup>48</sup>) et 30 lits pour mineurs. Ceci sans tenir compte de la fermeture en juillet du foyer Le Pertuis, mais en y comptabilisant les 21 lits perdus au printemps 2002 aux Wagons (7'400 nuitées en 2001).

Le SSVG recense depuis quelques années les données relatives à la fréquentation des lieux d'hébergement d'urgence, ceci sur une base mensuelle. Le graphique suivant (taux de fréquentation 2000, 2001 et premier semestre 2002) présente les taux de fréquentation des lieux transmettant les informations nécessaires : l'Accueil de nuit, les Wagons, le Pertuis, l'Étape, Piccolo, Au Cœur des Grottes.

Note :

Le foyer le Pertuis est fermé en juillet et le Racard en Août, ceci chaque année.

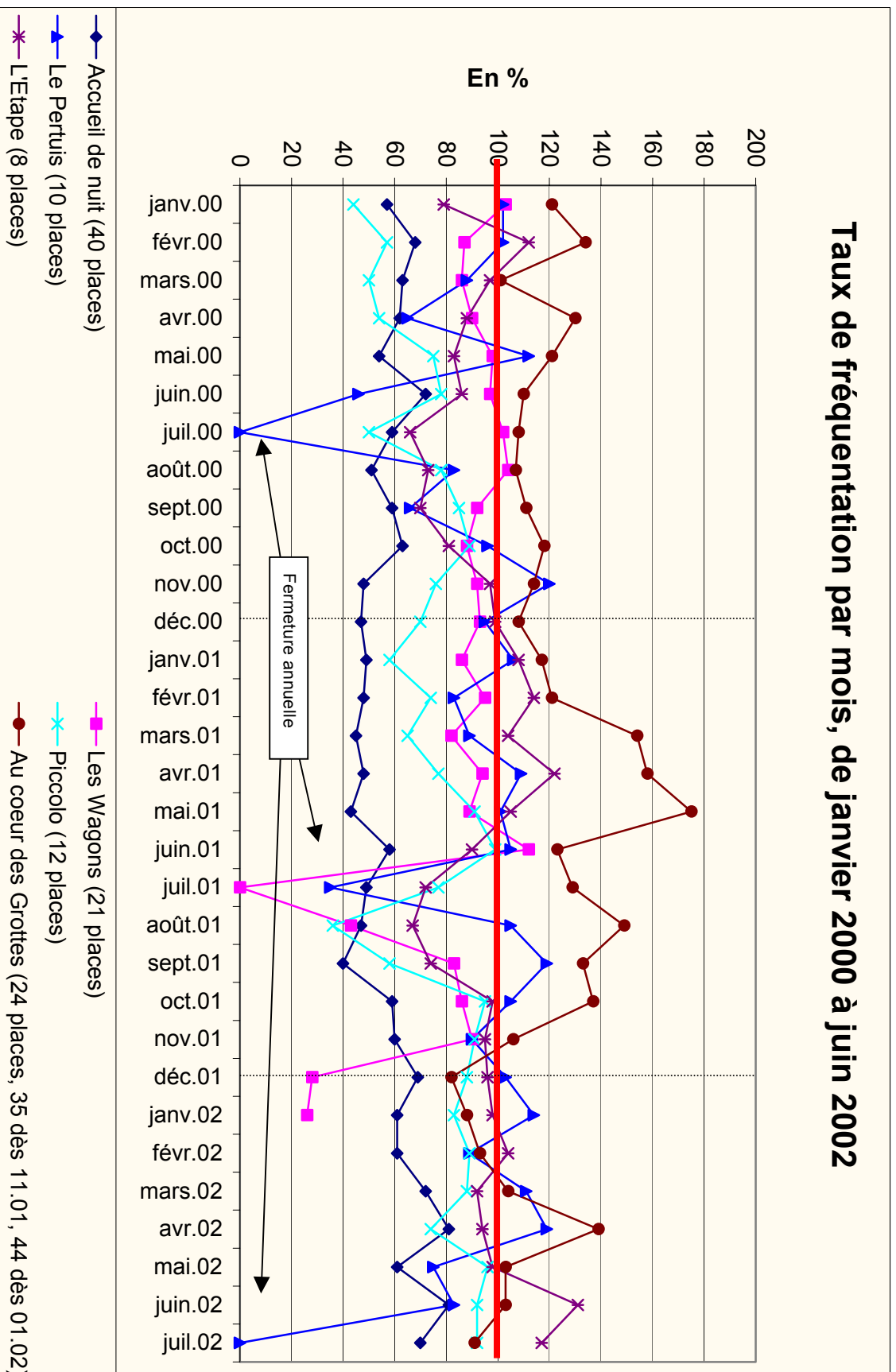
Au Cœur des Grottes a augmenté ses capacités à fin 2001, passant de 24 à 35 lits, puis 44 lits dès janvier 2002.

Les Wagons ont fermé au mois de juillet en 2001, puis progressivement cessé toute activité au printemps 2002.

---

<sup>48</sup> Hors abri PC éventuel.

Figure 2: taux de fréquentation par mois, de janvier 2000 à juin 2002





L'examen de ce graphique et des taux de fréquentation rapportés par l'ensemble des lieux d'hébergement d'urgence amène les constats suivants.

#### **4.2.4 Un secteur à la limite de la rupture**

En considérant qu'un taux de fréquentation de plus de 90% est à considérer comme un signal d'alerte, alors **ce secteur de l'action sociale d'urgence est clairement saturé** : sur 15 lieux, seuls l'Accueil de nuit, l'Appartement Gabrielle Sabet, le Pont, la Mauresque et le Racard présentent des taux légèrement inférieurs. Sur ces cinq lieux, seul l'Accueil de nuit est un centre d'hébergement d'urgence non spécialisé, les quatre derniers étant soit « réservés » à une classe d'âge précise (ados et 18-25 ans), soit à des personnes en voie de réinsertion ou encore à une clientèle présentant des problématiques lourdes nécessitant un encadrement spécifique (cas psychiatriques, souvent refusés ailleurs).

L'Accueil de nuit observe cependant une augmentation de 20% de son taux de fréquentation sur ces huit derniers mois par rapport à la même période de l'année précédente. C'est une claire illustration de l'augmentation des besoins.

#### **4.2.5 Des besoins non satisfaits pour les femmes**

La problématique est encore plus cruciale pour les femmes, avec ou sans enfants, et quelles que soient les raisons de leur situation de précarité : les foyers qui les hébergent sont totalement saturés (de 97% à 147% en 2001), ceci malgré une augmentation du nombre de places disponibles (15 places de plus à fin 2001 – Au Cœur des Grottes).

Une étude de la coordination inter-foyers<sup>49</sup> montre que pour novembre 2001 et février 2002, respectivement 64 et 60 personnes n'ont pu être accueillies sur ces deux mois test dans des lieux hébergeant mères et enfants.

Le Centre LAVI n'a pu que proposer un bon pour une nuit d'hôtel à 20 personnes en 2000, pour 72 personnes placées en foyers en l'an 2000 (22% à l'hôtel). En 2001, c'est 38 personnes qui ont dû se loger à l'hôtel pour 107 en foyer (26% à l'hôtel). Il s'agit essentiellement de victimes de violence conjugale. Il est fort probable que ces chiffres augmentent encore ces prochaines années pour plusieurs raisons, dont notamment l'ouverture du centre de consultation de jour de Solidarité Femmes (au printemps 2002) et la plus grande prise de conscience collective relative à cette problématique.

#### **4.2.6 En attente de placement dès la naissance**

La situation est également très tendue en ce qui concerne les très jeunes enfants. La forte augmentation des durées de séjour observée à Piccolo tend à mettre en péril sa mission d'hébergement d'urgence. Il nous a été également rapporté la présence de bébés de moins d'un an en attente de placement au sein de l'unité de développement mental de la Pédiatrie, faute de places disponibles, que ce soit en milieu protégé (foyers) ou au sein de familles d'accueil<sup>50</sup>.

Il nous a été rapporté une grande difficulté par rapport aux possibilités d'hébergement d'urgence de jeunes de 14 à 18 ans. La situation légale (autorisation des parents nécessaire) fait qu'un nombre très difficile à estimer d'adolescents se retrouvent de fait contraints de dormir dans la rue ou les parcs en cas de fugue temporaire. Si les

---

<sup>49</sup> Etude réalisée sur novembre 2001 et février 2002, illustrant le nombre de cas refusés par manque de place sur ces deux mois.

<sup>50</sup> L'unité d'évaluation des lieux de placement de la PDJ (Office de la jeunesse – DIP) estime d'ailleurs que la situation actuelle est catastrophique. Nous y reviendrons plus avant.

squats absorbent une partie de cette population, il semble aussi que certains animateurs ou éducateurs de maison de quartier n'hésitent plus à héberger eux-mêmes ces jeunes pour leur éviter de passer une nuit dehors.

#### **4.2.7 Les cas lourds : des possibilités restreintes**

Deux populations spécifiques rencontrent de sérieuses difficultés d'hébergement : les personnes atteintes de troubles psychiatriques et les personnes toxico-dépendantes. Si quelques lieux acceptent de les accueillir en nombre restreint, les possibilités d'hébergement existantes sont insuffisantes.

#### **4.2.8 Questions ouvertes**

- ⇒ Comment éviter une saturation des lieux d'hébergement ?
- ⇒ Comment combler les besoins existants en matière d'hébergement de femmes avec ou sans enfants ?
- ⇒ Quelles solutions possibles pour l'hébergement d'urgence de mineurs en fugue ?
- ⇒ Comment concilier hébergement en urgence avec besoin de prise en charge ?

### **4.3 Accès aux soins médicaux et corporels**

#### **4.3.1 L'UMSCO : un acteur central**

En dehors de la DUMC, l'Unité mobile de soins communautaires (UMSCO - Département de médecine communautaire) est l'acteur central. Intervenant directement sur le terrain, assurant une présence régulière, discrète et sans formalisme, l'UMSCO dispose d'un crédit considérable, tant auprès des intervenants que des personnes soignées. Son intervention est considérée comme primordiale dans et par le réseau d'action sociale d'urgence. Son intervention ne se limite en effet pas à la mise en œuvre d'une technicité apprise : les capacités d'écoute de l'équipe intervenante sont reconnues comme excellentes.

Le volume d'activité de l'UMSCO est en hausse constante depuis sa création en 1997, passant de 1796 à 5314 entretiens infirmiers en 2001, dont 3826 à la rue des Rois (au Centre de consultation) et 1488 dans les lieux de vie comme le Caré ou le Square Hugo. Il faut ajouter à ces chiffres 1109 consultations médicales réalisées au sein des HUG et répertoriées sous la rubrique « UMSCO », **soit 6'423 consultations.**

L'UMSCO bénéficie pour ses patients non assurés d'un « Fonds Patients Précarisés » (FPP), destiné à couvrir les investigations et mesures thérapeutiques hors urgence. Le montant de ce fonds a permis de couvrir les besoins jusqu'en juillet 2002 mais est aujourd'hui épuisé suite à l'augmentation du volume des besoins.

##### *4.3.1.1 Des populations aux besoins différents*

La population bénéficiant des soins de l'UMSCO à la permanence de la rue des Rois est à 80% féminine et d'origine latino-américaine. A l'activité de soins proprement dite s'ajoute le développement d'activités de prévention en lien avec les besoins identifiés : maladies sexuellement transmissibles, HIV, techniques contraceptives notamment.

L'activité dans les lieux d'accueil est davantage axée sur une population masculine européenne souffrant principalement de troubles psychiques (dont la prévalence est considérée comme inquiétante) et de problèmes d'alcool.



#### 4.3.1.2 Une porte d'entrée dans le réseau sanitaire

L'UMSCO disposant d'un contact privilégié avec les populations précarisées, son rôle d'interface entre besoins et compétences médicales spécifiques s'est fortement développé ces dernières années. Il peut ainsi compter sur les partenariats ou contacts suivants :

- Le département de gynécologie-obstétrique prend en charge les accouchements de femmes clandestines, avec l'aide du FPP.
- Plusieurs médecins de ville, dont des obstétriciens en pratique privée, offrent des consultations à prix réduits une demi-journée tous les quinze jours.
- Une prise en charge individuelle ou collective des personnes alcooliques peut être organisée en relation avec les services concernés des HUG.
- Un psychiatre de liaison des HUG donne des consultations une demi-journée tous les quinze jours à la rue des Rois. L'Association Pluriels est également sollicitée en tant que centre de ressources.
- Des soins dentaires urgents et gratuits peuvent être délivrés à l'école de médecine dentaire<sup>51</sup>.

Les interventions de cette unité contribuent largement à raccrocher des personnes fortement précarisées aux réseaux de soins genevois.

#### 4.3.1.3 Une difficulté majeure dans un environnement favorable : la prise en charge financière des urgences médicales

Si le FPP prend en charge les soins dits non urgents, la couverture financière des soins donnés en urgence aux personnes sans assurance (sans papiers pour la plupart) pose un problème certain : les soins en urgence sont certes garantis (la primauté des soins est garantie) mais la facturation pose un problème évident en cas d'absence d'assurance-maladie (endettement et poursuites). Ce point sera examiné au chapitre 6.6.2.

#### 4.3.2 Accès aux soins psychiatriques

Etant donné la prégnance de cette problématique, l'accès aux soins psychiatriques fait l'objet d'un chapitre spécifique (voir chapitre 6.3).

#### 4.3.3 Les Points d'Eau : une réponse aux besoins d'hygiène

Chaque lieu d'hébergement d'urgence est pourvu en sanitaires, douches et buanderies pour le linge. Sont considérés dans cette rubrique les Points d'eau gérés par Carrefour-Rue.

Les deux Points d'eau existants comptabilisent 5'304 douches, 103 consultations dentaires, 75 consultations ophtalmiques, 76 consultations de pédicure, 421 shampoings et coupes et 3900 lessives en 2001.

#### 4.3.4 Question ouverte

- ⇒ Quelles solutions apporter au problème de la couverture financière des soins urgents ?

---

<sup>51</sup> L'état dentaire des patients de l'UMSCO est considéré comme désastreux.

## **5 Thématiques prégnantes : constats et recommandations**

Nous avons cherché, à travers les différents questionnaires et autres entretiens qualitatifs menés en face-à-face, à identifier et préciser les thématiques les plus prégnantes à l'heure actuelle. Elles ont fait l'objet d'une séance avec le groupe d'accompagnement, lequel les a validées comme pertinentes dans le cadre de cette étude.

Sont retenues :

Trois thématiques centrées sur les prestations :

- Accès à un logement, à un hébergement d'urgence
- Coordination et rationalisation du recueil, du tri et de la distribution de nourriture
- Gestion de l'augmentation de personnes en situation de fragilité psychique, relations entre le secteur social et le secteur psychiatrique

Trois catégories de bénéficiaires :

- Femmes, avec ou sans enfants, avec ou sans problématiques conjointes
- Jeunes en rupture
- Migrants

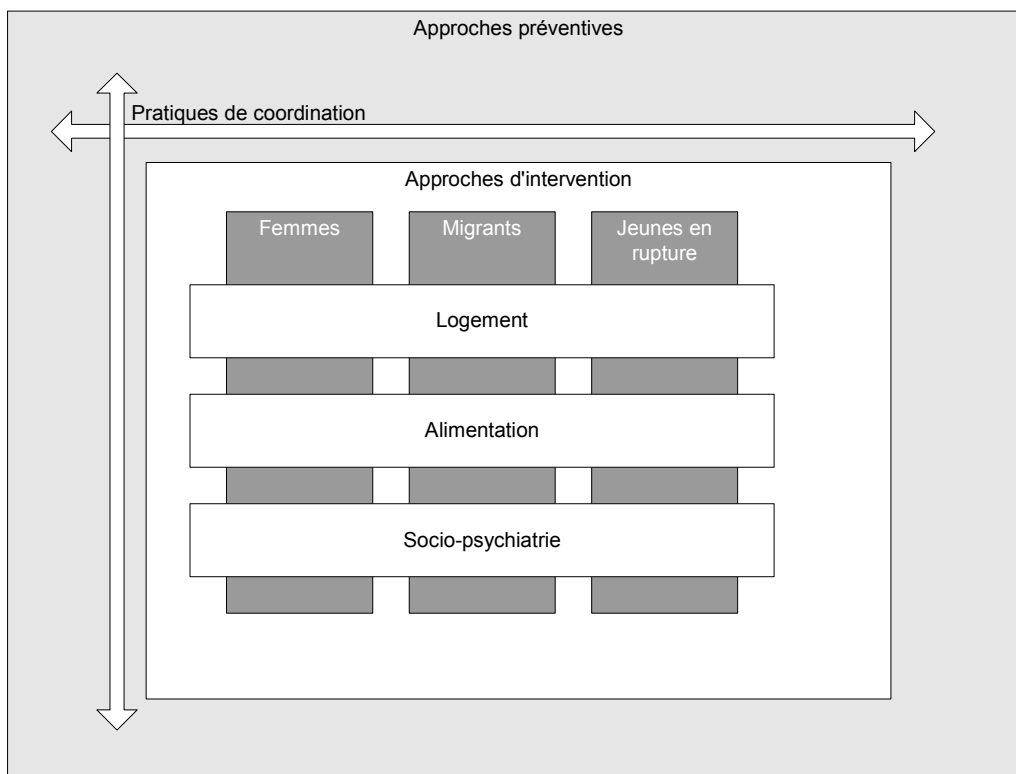
Et trois domaines transversaux :

- Pratiques de coordination
- Approche d'intervention
- Approche préventive

Ces thématiques et domaines sont détaillés ci-après.

Il est cependant clair que ces objets sont largement interdépendants.

**Figure 3: interdépendances domaines et thématiques**



Devant les difficultés engendrées par cette interdépendance des objets soulevés, ce chapitre est structuré comme suit :

- Une brève présentation de quelques données brosse une image de la situation macro-socio-économique genevoise.
- Sont observés ensuite les potentiels de rationalisation de l'aspect alimentaire, les relations entre le secteur social et la psychiatrie, la relation entre le suivi et la prise en charge et les pratiques de coordination du réseau d'action sociale d'urgence.
- Les problématiques liées aux migrants et aux jeunes en rupture précèdent la question des capacités en hébergement. Le traitement de cette question, en tant que problématique dominante, est segmenté par catégories de bénéficiaires : l'hébergement en urgence des femmes y occupe une place importante.
- L'éventualité d'une unité mobile d'intervention sociale termine cette partie.

## 5.1 Bref état des lieux macro-économique et macro-social

L'étude la plus récente sur les phénomènes de précarité à Genève<sup>52</sup> décrypte les grandes tendances observables depuis le début des années nonante. Elles sont ici reprises, résumées et confortées par d'autres sources.

### 5.1.1 Une inégalité dans la distribution des revenus

De 1992 à 1999, le salaire médian des personnes en situation d'emploi a diminué de 6,7% en termes réels. Durant la même période, la proportion de la population active pouvant être considérée comme « working poor », c'est-à-dire gagnant moins de 50% du salaire médian, reste stable autour de 9% de la population active. Cette situation salariale est deux fois plus fréquente pour les femmes que pour les hommes.

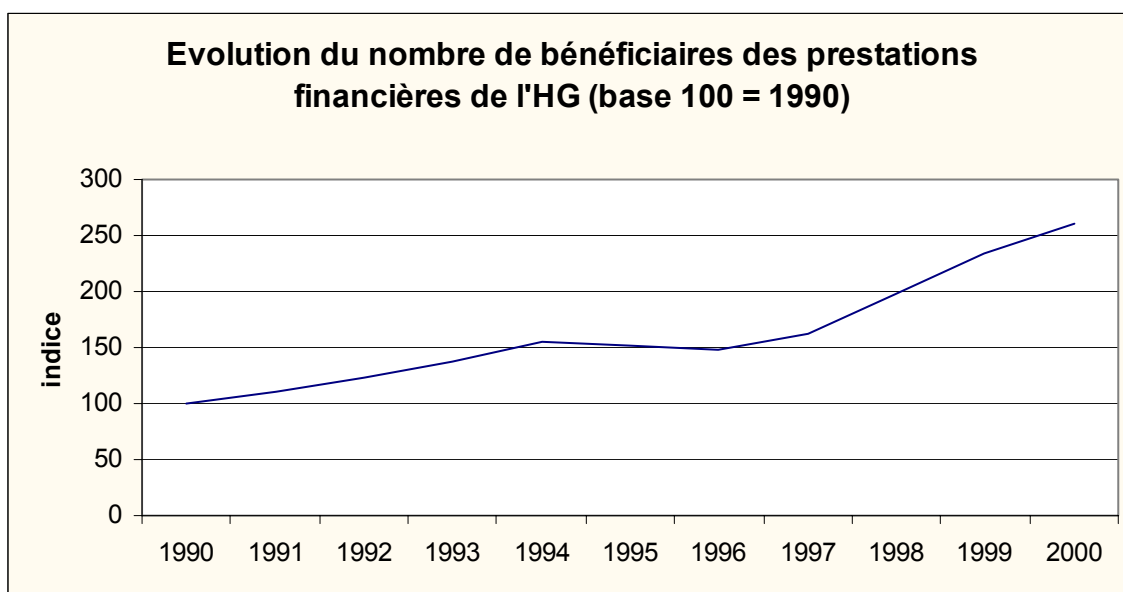
Si l'on considère un seuil fixé à deux-tiers du revenu médian (soit 66,6% du salaire médian), la proportion de working poor augmente à 19% de la population active genevoise.

### 5.1.2 Nouveaux ménages et vulnérabilité sociale

Les divorces augmentent depuis 1970. Les structures classiques de la famille explosent dans une diversité de modèles sans précédent et la proportion de personnes vivant seules a quasiment doublé entre 1960 et 1990, non sans conséquences. Trois quarts des personnes assistées par l'Hospice général sont célibataires, divorcées ou séparées. Le nombre de familles monoparentales au bénéfice de prestations de cette institution passe de 274 ménages en 1990 à 899 en 1999.

Globalement, le nombre de bénéficiaires des prestations financières de l'Hospice Général augmente rapidement, et de façon dissociée de l'accroissement de la population résidente.

Figure 4: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations de l'HG de 1990 à 2000



<sup>52</sup> Bernard Clerc et al, *La Précarité, une réalité genevoise*, Genève, Hospice Général, avril 2001.

En pourcentage, le nombre de personnes aidées financièrement a augmenté de 260% sur dix ans. Dans le même temps, la population résidente sur le territoire genevois s'est accrue de 8% seulement.

### **5.1.3 Une forte proportion de chômeurs de longue durée**

Le taux de chômage à Genève a fortement augmenté entre 1985 et 1997, évoluant de 1 % à 8,1% de la population active. Une baisse progressive est notée dès 1998 pour atteindre 4% en 2000. Le taux de chômage est cependant remonté à 5,4% en août 2002.

L'importante proportion des chômeurs de longue durée fait cependant écho à l'évolution favorable du chômage observée entre 1998 et 2000 : on observe 33% de chômeurs longue durée en 2001.

Genève compte 15'498 demandeurs d'emploi inscrits dont 11'091 chômeurs au bénéfice de prestations LACI en août 2002. Par rapport à août 2001, ceci représente une hausse de respectivement 21,2% et 30%<sup>53</sup>.

### **5.1.4 L'emploi fragile**

Le milieu du travail se transforme : les emplois salariés permanents reculent et sont remplacés par des emplois à durée déterminée, à temps partiel ou sur appel (+7% de 1991 à 1997). Ceci entraîne en conséquence un recul de la protection légale, de nouveaux risques professionnels et une instabilité sociale, financière et professionnelle.

### **5.1.5 Un cumul de macro-facteurs créateurs de précarité**

Sans prétendre à l'exhaustivité dans l'identification des macro-facteurs, les quelques données présentées illustrent les potentiels de production de précarité existant dans l'environnement socio-économique genevois. Ceci d'autant plus que nombre d'études confirment la disparition d'une relation positive entre croissance économique et redistribution de richesse<sup>54</sup>.

Ces « macro » facteurs sont certes susceptibles d'évoluer dans un sens plus positif, mais ceci suppose de profondes modifications structurelles qui ne font pas l'objet de cette étude.

Nous avons vu dans les chapitres précédents qu'à ces facteurs s'ajoute une grande hétérogénéité de facteurs individuels qui chacun, conjointement ou séparément, contribue à produire de la précarité.

Abordons maintenant les thématiques retenues.

---

<sup>53</sup> Données OCSTAT, septembre 2002.

<sup>54</sup> Voir Bernard Clerc et al, *op cit.*, et Lewerer, M., et Dunand, C., *Précarité et exclusion à Genève : une face cachée de la Suisse*, Coll. Itinéraires n°59, Genève : IUED, 2001.

## **5.2 Rationaliser l'aide alimentaire et faire face aux besoins**

D'un point de vue global, il existe une certaine absence de cohérence dans le réseau d'action sociale d'urgence en matière d'acquisition de denrées alimentaires. De nombreux intervenants rapportent que la situation actuelle n'est pas satisfaisante et peut être grandement améliorée, ne serait-ce que par souci de rationalisation.

Les modalités actuelles font qu'il n'existe pas de coordination dans l'acquisition des denrées alimentaires entre les associations et institutions fournissant des repas chauds gratuits. Seul le Samedi du partage constitue une action commune, mais il ne suffit certainement pas à fournir suffisamment d'aliments de base à l'ensemble du réseau.

Une certaine coordination existe entre le Square Hugo, le Caré, Emmaüs et l'Armée du Salut. Axée sur une redistribution réciproque des excédents, cette coordination est ponctuelle et dépend de l'état et du contenu des stocks de chacun. Elle fait suite à une première tentative de coordination/centralisation de l'aide alimentaire mise en œuvre par l'Armée du Salut en 1995 à la demande du Service social de la Ville de Genève.

### **5.2.1 L'exemple type d'absence de coordination dans une situation de besoin**

Si nous avons souhaité proposer ce thème au groupe d'accompagnement, malgré son importance toute relative à l'égard de la problématique qui nous occupe, c'est qu'elle apparaît comme le symbole, l'archétype d'un besoin de coordination ressenti par tous, mais désespérément non mis en œuvre, et ceci sans que personne ne puisse l'expliquer concrètement.

### **5.2.2 Le cas de la Banque alimentaire genevoise**

Une tentative de rationalisation de l'acquisition, du stockage et de la distribution de l'aide alimentaire existe entre les communes de Lancy et Onex en juin 2000, puis Plan-les-Ouates début 2001. L'association La Virgule, le Foyer UrGens et le Casse-croûte, restaurant social d'Onex, y adhèrent dans le même temps<sup>55</sup>. Une estimation réalisée sur les trois territoires concernés constate que 1% de la population est aidée, ponctuellement ou régulièrement, soit l'équivalent de 500 familles depuis octobre 2000<sup>56</sup>. Ses fournisseurs sont les Laiteries Réunies, l'Union maraîchère, les boulangeries, etc. L'Oréal y contribue également par des produits non alimentaires. Trois tonnes de denrées alimentaires ont été récoltées en 2001.

La « Banque alimentaire » est un label détenu par la Fédération européenne des banques alimentaires (FEBA)<sup>57</sup>, fondée en 1986 et active dans de nombreux pays. L'obtention du label est soumise à des critères d'hygiène, comme le respect de la chaîne du froid par exemple, et des critères éthiques comme le respect du bénéficiaire et la nécessaire participation de bénévoles. Le projet genevois a obtenu le label en avril 2002.

Il est également demandé la signature, par les associations qui souhaitent disposer de denrées alimentaires, d'une convention « aide alimentaire ». Cette convention donne au Comité de la Banque alimentaire un droit de regard de la « qualité du suivi social » des bénéficiaires de l'association récipiendaire.

---

<sup>55</sup> La Virgule s'est aujourd'hui distanciée de la Banque alimentaire.

<sup>56</sup> Rapport d'activités de la Banque alimentaire, avril 2002.

<sup>57</sup> Voir <http://www.eurofoodbank.org>.

Malgré de nombreuses lettres et approches des grandes associations ou institutions de la place, la Banque alimentaire ne parvient pas à augmenter le nombre de ses adhérents. Peut-être est-ce l'exclusivité d'approvisionnement qui rebute ou le droit de regard qu'une adhésion suppose ?

### **5.2.3 Une saturation annoncée des lieux**

Les principaux lieux offrant des repas chauds (Square Hugo, le Caré, les Jardins de Montbrillant) font face à une augmentation notable du nombre de bénéficiaires. Etant donné l'importance de ces structures, qui constituent chacune à leur manière et avec des intensités variables une « porte d'entrée » dans les réseaux sociaux et sanitaires, une extension des capacités urbaines doit être envisagée.

Par rapport à la vocation première de ces lieux, ces structures doivent rester des lieux à bas seuil d'accessibilité, sans recensement nominatif, et dans le même temps rester différentes dans leurs modes de fonctionnement et dans l'encadrement proposé.

### **5.2.4 Aborder différemment la question de l'aide alimentaire ?**

Si prendre un repas en commun dans un lieu défini répond à des attentes et des besoins existants, nous pensons également que l'aide alimentaire – sous forme de colis et non préparé – est une forme d'action à développer. Les colis remplissent une fonction différente : ils permettent à des familles ou à des amis en situation précaire de conserver le rituel du repas, donc de préserver et développer les liens privilégiés qui en découlent, tout en développant les opportunités d'atteindre des personnes ne souhaitant pas fréquenter les structures offrant des repas. Le but étant également de répondre – sous une forme différente – à l'extension de la demande alimentaire.

### **5.2.5 Recommandations**

Aux autorités municipales :

#### **1. AGIR**

##### **1.1. Prendre une décision sur la participation de la Ville de Genève à la Banque alimentaire ou créer une centrale alimentaire commune entre les membres de la Plateforme de coordination**

Les conditions d'entrée dans la Banque alimentaire doivent faire l'objet d'un examen d'opportunité et d'adéquation par les membres de la Plateforme. En cas de refus, une centrale alimentaire, sur un modèle à établir<sup>58</sup>, doit voir le jour rapidement. Les entretiens menés montrent clairement l'évidence des besoins et le souhait d'une mise en place rapide.

---

<sup>58</sup> Des propositions dans ce sens ont déjà été élaborées par plusieurs membres de la Plateforme. Voir le rapport *Projet de Centrale alimentaire de la région genevoise – rapport conceptuel version 1.3*, Pascal Bruchez & Steve Candolfi, Genève, 2002.

### **1.2. Ouvrir un lieu d'accueil de jour, à bas seuil et orienté sur l'écoute**

Un site urbain proposant des colis alimentaires doit être envisagé pour soulager les structures existantes. Les modalités d'aide proposées devront cependant être différentes de celles proposées par le Square Hugo (orientées repas, logement temporaire et suivi sanitaire). Un lieu de rencontre, ouvert et informel, doit être pensé au-delà de la distribution de colis alimentaires. L'écoute devrait en être l'élément central. La mise à disposition d'informations sociales, l'accès aux ressources informatiques et aux journaux doit y être possible. Ce lieu, dont la forme pourrait évoquer le café, nous semble adapté au recueil de demandes particulières et à la formalisation de projets individuels ou collectifs<sup>60</sup>.

## **2. PREVENIR**

### **Formaliser un cadre diététique**

L'accès aux repas chauds doit également être pensée sur le plan de la qualité diététique des préparations<sup>61</sup>. Ceci n'est pas une critique sur la qualité actuelle, mais davantage un souci de prévention des troubles alimentaires que peuvent engendrer des situations de précarité. L'Ecole de diététique peut constituer un partenaire intéressant sur cet aspect non négligeable d'un point de vue de santé publique.

---

<sup>60</sup> Ce lieu peut constituer un projet d'approche décentralisée et pensé en fonction d'un principe de territorialisation de l'offre sociale.

<sup>61</sup> C'est d'ailleurs pour cette raison que le Square Hugo acquiert les repas distribués aux cuisines des HUG.



### **5.3 Action sociale d'urgence et troubles psychiatriques**

Sans pouvoir se prononcer si le développement de troubles psychiques est lié aux précarités vécues ou à l'existence de facteurs de risques endogènes et individuels, une recherche qui vient de paraître<sup>62</sup> confirme ce que chacun sait intuitivement ou par expérience : inégalités sociales et inégalités en termes de bien-être physique et psychique se confondent et se renforcent mutuellement. Ceci est particulièrement prégnant pour le bien-être psychique.

Comme nous l'avons vu, les intervenants de l'action sociale d'urgence rapportent une augmentation conséquente de bénéficiaires souffrant de troubles du comportement (du type agressivité, apathie), de troubles psychiques (du type névrose, dépression, anxiété), voire de maladies psychiatriques (du type trouble bipolaire, paranoïa, schizophrénie). Cela a également été signifié à de nombreuses reprises aux autorités municipales dans les travaux de la Plateforme de coordination contre l'exclusion, voire également, par le truchement de l'UMSCO notamment, directement auprès du Département de psychiatrie.

#### **5.3.1 Une coordination/collaboration insuffisante**

##### *5.3.1.1 Insuffisance des ressources globales du réseau*

Cette augmentation engendre différents problèmes conséquents pour les structures ne s'occupant pas spécifiquement de personnes présentant les troubles indiqués, dont les principaux sont une difficulté de « gestion au quotidien » de ces personnes, quelle que soit la prestation délivrée, et une intégration problématique, voire impossible, dans les lieux d'hébergement d'urgence non spécialisés. Quant aux lieux spécialisés, ils sont saturés.

Les demandes émanant du réseau comprennent aussi bien la mise à disposition de supervision d'équipe par une personne compétente que la possibilité de disposer d'un soutien en cas de crise. L'amélioration de la coordination et de la collaboration entre secteur action sociale d'urgence et secteur psychiatrique est cependant considérée comme la question cruciale.

##### *5.3.1.2 Absence de transfert d'informations*

Cette question de la coordination est sous-tendue par une demande plus précise : le réseau a le sentiment de « récupérer » des personnes psychiatisées, en traitement extra-hospitalier ou en post-traitement, sans disposer des informations nécessaires au suivi et à l'attention à porter à la personne. A titre d'illustration, une femme a été recueillie dans un centre d'hébergement d'urgence, suite à une demande formulée par les services de Belle-Idée. Cette personne s'est avéré être soignée pour pyromanie, mais il a fallu une tentative d'incendie dans le lieu d'hébergement pour le savoir...

##### *5.3.1.3 Le respect du dossier médical : une mauvaise compréhension*

La principale raison évoquée par le secteur médical pour ne pas transmettre des informations fait référence à l'impossibilité pour les tiers d'accéder au dossier médical. Pour rappel, l'article 321, chiffre 2, du Code pénal suisse stipule que « la révélation [des données médicales] ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement de l'intéressé ». Il faut donc une signature de l'intéressé en question pour disposer d'éléments à même de mieux apprécier sa situation. C'est ce que

---

<sup>62</sup> Planification Sanitaire Qualitative, *Inégalités sociales et santé*, Genève : Direction générale de la santé, septembre 2002.

demande systématiquement, et avec succès, la Fédération pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques (FHP) avant de proposer un hébergement dans ses foyers.

#### *5.3.1.4 L'émergence de relations*

Devant l'évidence des besoins, plusieurs acteurs ont développé des relations avec des psychiatres de ville, des psychologues également en pratique privée, les CTB ou le Département de psychiatrie. Appartenance et Pluriels apportent également leurs compétences.

### **5.3.2 La psychiatrie institutionnelle genevoise : une réforme en cours**

Si la santé mentale est une des priorités en termes de politique de prévention de la Planification sanitaire qualitative (PSQ<sup>63</sup>) genevoise, la psychiatrie adulte a connu ces dernières années de multiples audits et réformes.

Faisant suite aux constats du rapport sur la situation de la psychiatrie adulte à Genève du 12 janvier 2000<sup>64</sup> et aux projets de service 2001 et 2002 développés au sein du Département de psychiatrie, une réorganisation de l'entrée en urgence dans le réseau de soins a été (et est encore) mise en œuvre. Parmi les innovations récentes, relevons, en 2001 et au sein de la Clinique d'accueil et d'urgences psychiatriques (CAUP), la création d'un poste de « psychiatre-trieur » qui fait le lien entre les urgences de la DUMC et le secteur psychiatrie. Une unité d'observation et d'évaluation des patients de huit lits a été créée sur le site des urgences de l'Hôpital en avril 2002 pour les traitements en crise.

Le psychiatre-trieur peut être atteint à tout moment par les intervenants de terrain, de 8h à 24h et par téléphone.

En contrepartie, les Centres de thérapie brève (CTB) ne sont plus considérés comme des structures intervenant en urgence. Quatre CTB seront créés à terme pour les consultations en Ville, disposant chacun d'une unité extra-hospitalière de huit lits (deux existent actuellement, dont un avec huit lits disponibles).

#### *5.3.2.1 Un mélange de manque de ressources et de volonté institutionnelle*

Le problème de collaboration/coordination évoqué par le réseau d'action sociale d'urgence est connu des instances du Département de psychiatrie. Le fait que le nombre d'admission ait doublé en dix ans et que le nombre de consultations ambulatoires ait triplé dans la même période leur pose cependant un problème de taille dans le domaine du suivi social du patient. Il y a une surcharge non compensée en termes de ressources humaines. Une « embellie » est certes attendue avec l'extension des CTB, ce qui devrait faciliter ce suivi.

La direction des CTB, pour sa part, regrette le peu de collaboration existant entre les CTB et les CASS. Si certaines formes de collaboration existent, elles sont davantage à mettre au bénéfice de relations interpersonnelles qu'à une réelle volonté institutionnelle.

### **5.3.3 La collaboration FSASD-HUG : un modèle ?**

Après la création des CASS en 1997/98 et le regroupement des services d'aide à domicile au sein de la FSASD en janvier 1999, les modalités de collaboration entre la FSASD et les HUG ont fait l'objet de nombreuses réflexions.

---

<sup>63</sup> Voir <http://www.psq.ch> pour plus de détails sur cette politique.

<sup>64</sup> Disponible sous [http://www.ge.ch/rechercher/dpt/main\\_sociale.htm](http://www.ge.ch/rechercher/dpt/main_sociale.htm).

Dès mars 2000, cinq mesures organisationnelles sont mises en place progressivement pour améliorer l'information relative à l'hospitalisation et à la sortie entre les professionnels concernés et améliorer la continuité de la prise en charge sociale et des soins. Les trois plus importantes sont décrites ci-dessous.

- La FSASD met à disposition des HUG (DUMC et Gériatrie) une personne de liaison, de formation infirmière, qui sert d'interface entre les modalités de suivi (aide sociale et/ou aide à domicile) des CASS et les demandes résultant des sorties d'hospitalisations. Son rôle s'étend également à l'information des soignants par rapport aux personnes hospitalisées, et au suivi des demandes déposées auprès de la LAD<sup>65</sup>.
- La LAD regroupe l'ensemble des demandes de prise en charge extra-hospitalière, quel que soit le type de suivi demandé, donc y compris social.
- Une feuille harmonisée de transfert est en cours de finalisation : elle devrait contenir sous forme succincte les éléments à même d'appréhender l'état psychique et physique d'une personne<sup>66</sup>.

On le voit donc, des modalités précises de collaboration se mettent en place, mais elles semblent pour l'heure peu concerner le secteur de l'action sociale d'urgence.

### 5.3.4 Recommandations

Aux autorités cantonales :

#### 3. MODIFIER LES ATTITUDES

##### **(Ré)-affirmer la nécessité d'une plus grande perméabilité dans la circulation d'informations entre les institutions**

Quasi inexistantes depuis les années 70, les liens entre le secteur social et le secteur sanitaire, toutes spécialités confondues, commencent aujourd'hui à prendre forme devant l'étendue des besoins. Une affirmation politique claire de la nécessité de ces relations, et plus particulièrement de la transmission des informations utiles aux différents partenaires, peut aider à leur développement. C'est un référentiel axé sur le partenariat, le réseau et le respect des spécificités de chacun, qui doit être aujourd'hui réaffirmé.

#### 4. INFORMER LES PARTENAIRES CONCERNÉS

##### **Etendre les modalités de collaboration mises en place entre la FSASD et les HUG au secteur de l'action sociale d'urgence**

Une extension de la diffusion de la feuille harmonisée de transfert aux intervenants de l'action sociale d'urgence doit être envisagée par les autorités compétentes. Il est clair que cette recommandation comporte un risque en terme de diffusion d'informations à caractère personnel : une pondération claire doit être faite entre les besoins et droits du patient, et les besoins des intervenants.

---

<sup>65</sup> Ligne d'accueil des demandes de la FSASD

<sup>66</sup> Un avis de droit de Me Jaques-André Schneider a été demandé sur les aspects liés au secret professionnel que peut engendrer ce papier.

## 5. SOIGNER

### **Renforcer la dotation de l'UMSCO dans le domaine des soins psychiatriques**

Le rôle important joué par l'UMSCO dans l'accès au secteur sanitaire somatique doit s'étendre davantage au secteur psychiatrique. La présence de cette unité au sein des lieux appartenant au réseau d'action sociale d'urgence et l'estime qui lui est portée en font un acteur pivot, central et reconnu. Son rôle de passerelle entre le repérage des situations nécessitant des soins et les unités de soins spécifiques sera ainsi renforcé<sup>67</sup>.

Les recommandations 15, 16 et 18 sont à prendre en compte, sur le plan de l'approche préventive. La recommandation 23 concerne également ce thème, sur le plan de la mise en place d'un minimum de transferts de connaissances entre le secteur psychiatrique et les acteurs de l'action sociale d'urgence.

---

<sup>67</sup> Nous sommes cependant conscients que l'absence de personnel formé en psychiatrie est considérée comme dramatique. La FHP doit engager plus de 60 personnes formées dans ce domaine ces deux prochaines années et il n'en existe aucune sur le marché de l'emploi.

## **5.4 Suivi ou prise en charge ?**

Si l'on se place d'un point de vue strictement déterministe, on peut considérer que l'action sociale d'urgence devrait être idéalement une porte d'entrée pour les personnes précarisées dans un réseau plus vaste, amenant au bénéficiaire les ressources et appuis nécessaires pour se reconstruire en fonction de son projet de vie.

### **5.4.1 Action sociale d'urgence et instances de suivi**

Il est clair que ce n'est pas le cas : la diversité des situations rencontrées tend au contraire à montrer que l'action sociale d'urgence est à considérer comme une action relativement indépendante de l'aide sociale classique ou spécialisée<sup>68</sup>. S'y croisent des personnes suivies depuis des années, parfois dès la plus petite enfance, avec d'autres qui vivent mal un évènement traumatique et dont la trajectoire est signifiée par une rupture. Sont également présentes des personnes qui s'assument sans aide aucune si ce n'est parfois un repas pris dans le réseau et un interlocuteur pour rompre une solitude pesante. On y croise d'ailleurs des universitaires, des sans-papiers, des jeunes, des plus âgés, des personnes en crise, des apathiques et des joyeux : la Cour des Miracles version genevoise.

Certaines réponses aux questions posées sur le rapport entretenu avec les institutions d'aide sont cependant intrigantes. En premier lieu, nos répondants sont très heureux de pouvoir bénéficier des lieux qu'ils fréquentent et la question de la satisfaction sur les prestations est souvent subsidiaire : la qualité de l'accueil, l'absence de jugement sont prioritairement mis en avant.

En contraste, l'appui institutionnel dont la plupart disposent à travers les CASS ou l'Office cantonal de l'emploi, pour prendre deux exemples, ne produit pas cet effet. Il est clair que la confrontation à des règles peut être difficile, mais au-delà de ce fait se dessine une image qui se confirme à travers les entretiens réalisés auprès des intervenants : l'impression dominante, c'est celle d'un suivi de dossiers, et de l'absence d'un suivi de la personne.

### **5.4.2 Les CASS : une fonction centrale... et décriée**

Les CASS répondent à une demande très forte et diversifiée allant de la prise en charge de soins extra-hospitaliers, au suivi social en passant par la délivrance de repas, entre autres.

Chacun s'accorde à reconnaître que plusieurs facteurs péjorent la qualité souhaitée des prestations : augmentation des dossiers par travailleur social, difficulté de coordination sur un même lieu de professionnels très divers (eux-mêmes aux prises avec une double allégeance liée à l'appartenance à un site et à une institution), et – surtout – absence dramatique de personnes formées en travail social prêtes à exercer dans ces conditions.

Un de nos interlocuteurs nous a signalé, et nous pensons que cette remarque est juste, que les assistants sociaux font face à une population qui a fortement évolué ces dernières années, passant d'une catégorie bien circonscrite (les « pauvres ») à une forte diversité qui peut engendrer des mécanismes de repli ou d'angoisse : se retrouver face à une personne dont les caractéristiques socio-démographiques sont

---

<sup>68</sup> Nous entendons par aide sociale les institutions délivrant des prestations sous réserve de satisfaire certains critères, soit un ensemble de règles normatives conditionnant l'accès aux prestations de ces structures.

similaires à soi-même, à l'exception de l'état de précarité, peut produire une instabilité conséquente.

Les CASS sont cependant dans une phase de transformation et de regroupement des institutions à terme sous une direction commune. Il est trop tôt pour évaluer l'ampleur de ce changement sur les pratiques.

A noter que le manque d'assistants sociaux ne peut que s'aggraver. L'attrait envers cette formation s'est fortement atténué, malgré le passage de l'Institut d'Etudes Sociales au statut de HES. Seules treize personnes seraient entrées en formation en septembre 2002... pour trente places disponibles.

### **5.4.3 Rompre les logiques institutionnelles**

La multiplicité des acteurs intervenants autour d'une personne ne permet pas une prise en charge globale et cohérente pour accompagner et appuyer une personne en situation de précarité. Comme décrit dans le cadre d'analyse (chapitre 2), un renversement des pratiques est souhaitable même s'il comporte des risques : ce n'est pas un intervenant par facette (santé, emploi, famille, lien social, logement, etc.) qui est nécessaire, mais un intervenant disposant d'un regard multidimensionnel qui, seul, peut appréhender les facettes d'une personne.

Il est cependant clair que cette proposition, que l'on peut qualifier d'« accompagnement social global », n'est pas envisageable aujourd'hui, ni probablement demain. Le chapitre 7 explore plus largement cette question.

Une des voies possibles serait de permettre une plus grande perméabilité entre les logiques d'intervention, donc une coordination sur, autour et pour une personne. Différents instruments, hors la nécessaire réunion de coordination, peuvent favoriser ceci.

### **5.4.4 Recommandations**

Aux autorités cantonales et municipales :

## **6. AMÉLIORER LE SUIVI GLOBAL**

### **Développer des instruments de suivi formalisés**

A l'image de la feuille harmonisée de transfert FSASD-HUG, la possibilité de développer un « dossier commun », comprenant les différentes dimensions de la personne en charge, doit être examinée. L'idée étant de permettre aux divers intervenants (des secteurs public et privé) de disposer d'un document commun, regroupant différents regards professionnels et permettant de disposer d'un outil de suivi effectif illustrant les dynamiques de l'évolution d'une personne. Cette étape peut préfigurer le « dossier social unique », thématique récurrente à Genève et dans d'autres cantons.

## **7. CRÉER DES INTERFACES**

### **Renforcer les structures intermédiaires entre la « désinsertion » et l'« insertion »**

L'extension de possibilités d'hébergement encadré, hors structures d'urgence, contribue à assurer le chemin vers une autonomie et la réalisation d'un projet de vie. En d'autres termes, il s'agit de mettre sur pied des structures comme des appartements communautaires par exemple, à mi-chemin entre une action sociale d'urgence et un suivi normé. L'encadrement souhaité s'apparente aux pratiques observées à La Mauresque (suivi social).

Cette recommandation vise également à renforcer les passerelles entre un accueil à bas seuil et les structures à même de renforcer l'autonomie des personnes, que ce soit par des actions de formation ad hoc ou un engagement dans une activité régulière et rémunérée.

Aux autorités cantonales :

## **8. VALORISER LE SOCIAL**

### **Renforcer l'attractivité des métiers du social**

Les besoins en travailleurs sociaux, et plus particulièrement des assistants sociaux, ne sont (ni ne seront) couverts si l'attractivité de la formation proposée et la valorisation de leur pratique professionnelle ne sont pas revues en profondeur, notamment par un rééquilibrage entre pratiques sociales et pratiques administratives. Plus globalement, c'est la valorisation du travail social qui doit être pensée, que ce soit dans une logique préventive ou curative.

## **5.5 Pratiques de coordination**

En 1994, le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève a confié à la Ville de Genève la tâche de coordonner l'accueil d'urgence des personnes sans-abri et l'action des associations publiques et privées œuvrant dans le domaine.

### **5.5.1 La Plateforme de coordination contre l'exclusion**

Une « Plateforme de coordination contre l'exclusion » regroupant les principaux acteurs dans le domaine a donc été mise sur pied, pour permettre au magistrat en charge des affaires sociales de prendre connaissance des évolutions constatées. Au gré des ans, cette Plateforme s'est étoffée, passant de six membres au départ pour compter aujourd'hui plus d'une cinquantaine de partenaires aussi bien publics que privés impliqués sur le terrain de l'exclusion sociale. Conformément à la pratique genevoise, le secteur associatif y joue un rôle capital dans la détection des problèmes sociaux et la prestation de services très spécialisés.

Le rythme de réunion, mensuel en ses débuts, s'est progressivement assagi, passant par quatre, puis trois et enfin deux réunions annuelles en plénière. L'organisation des réunions est sensiblement similaire sur une longue période et consiste principalement en un tour de table.

Devant la popularité de l'appartenance aux travaux de la Plateforme, le besoin d'effectuer un approfondissement de certains thèmes en sous-groupes s'est manifesté dès mai 1997. Cette réforme sera effective en décembre 1998 (groupe « bénévole », groupe « psychiatrie », groupe « clandestins », groupe « adolescents »<sup>69</sup>) et accompagnée par la création d'un bureau regroupant cinq acteurs majeurs (appelé aujourd'hui secrétariat). C'est également à cette date que le regroupement des données de fréquentation des lieux d'hébergement d'urgence commence.

### **5.5.2 Un forum nécessaire**

Lieu de rencontre entre autorités politiques et structures actives publiques et privées dans l'appui aux personnes en situation précaire, la Plateforme répond à un besoin évident de disposer d'un lieu d'échange et de partage des expériences de chacun. Tous reconnaissent la nécessité de disposer de ce type de rencontre, où la présence du magistrat en charge des affaires sociale est appréciée.

### **5.5.3 Une certaine lassitude**

Cependant, et devant le nombre et la diversité des membres, une certaine frustration semble se dégager des activités de la Plateforme. Certains membres manifestent notamment la crainte que ces séances ne servent finalement qu'à légitimer les prestations de chacun aux yeux du politique.

Une autre raison évoquée fait référence au rôle de la Plateforme : est-ce une instance décisionnelle, une instance propositionnelle ou un lieu d'échange ? A ce propos, le « quart d'heure social », ou la pause, est souvent considéré comme le moment le plus enrichissant... Peut-être faut-il l'étendre ?

S'il est vrai que la Plateforme ne dispose pas d'un pouvoir décisionnel, l'opportunité de rassembler la plupart des acteurs doit également permettre aux propositions émises (et notamment par les groupes de travail) de rencontrer une écoute favorable.

---

<sup>69</sup> Ce groupe a été dissous en 2001 suite à la mise sur pied d'une cellule de coordination « adolescents en rupture » au sein de l'Office de la jeunesse.



Il s'agit ainsi de regrouper au sein d'une même instance l'ensemble des étapes du processus « observation, développement de propositions, réalisation, évaluation ».

#### **5.5.4 Une absence marquée des communes périurbaines**

L'absence des autres acteurs communaux aux réunions de la Plateforme peut potentiellement poser un problème de poids : il existe un risque de démotivation et de démobilitation de ces communes dans leurs pratiques d'aide aux plus défavorisés. Or, les expériences réalisées en approche communautaire, ou actions collectives par ces communes constituent une source pertinente d'informations pour les acteurs du réseau, et plus particulièrement en termes de prévention.

#### **5.5.5 Des modalités variables de collaboration entre structures**

Les modalités de collaboration entre acteurs de l'action sociale d'urgence sont à l'image du réseau<sup>70</sup> : diversifiées, spécifiques, et construites avant tout sur des relations interpersonnelles et des affinités réciproques.

Certains « grands », du point de vue de leur place dans le réseau et de l'importance en volume de leurs prestations, entretiennent d'excellentes relations : le Square Hugo, l'Armée du Salut, Le Caré et l'UMSCO sont ainsi en lien constant et se félicitent mutuellement de la qualité des relations entretenues. A l'inverse, Carrefour-Rue occupe une place unique et apparaît comme très autonome<sup>71</sup>.

Le secteur action sociale de l'Hospice Général est cité par de nombreux organismes agissant soit dans l'hébergement soit sur des segments spécifiques : le Square Hugo (pour l'aspect logement), le foyer Arabelle, le foyer UrGens, le Racard, la Mauresque<sup>72</sup>, et aussi Vires, Païdos, Solidarité Femmes et Pluriels pour leurs interventions ciblées sur des problématiques plus précises. C'est le reflet de l'importance du rôle de l'Hospice Général dans la délivrance de prestations financières ou l'apport de garanties. Nous notons cependant que les structures citées ne sont pas à bas seuil d'accessibilité, mais sont – hors logement – davantage orientés vers une action socio-éducative et/ou un appui psychologique.

Au final, c'est une impression de dynamique de coordination autonome qui émerge, hors règles rigides et sous-tendues par des relations soit contraintes (le foyer Arabelle et le Service du tuteur général par exemple), soit construites autour d'une approche similaire de l'individu (Emmaüs et l'Armée du Salut), soit enfin centrées autour d'un projet commun (la FAS'e et Infor-Jeunes). Ces modalités de coordination doivent être conservées pour préserver une nécessaire souplesse dans l'action.

---

<sup>70</sup> Voir le tableau des relations en annexe 9. Nous avons demandé aux répondants de nous signaler les six organismes avec lesquelles elles collaborent le plus intensivement.

<sup>71</sup> Nous n'avons pas eu de réponse sur le réseau de collaboration de Carrefour-Rue. Cette supposition est donc construite sur les réponses des autres membres du réseau.

<sup>72</sup> Et également, mais avec une fréquence bien moindre, l'Accueil de nuit.

## 5.5.6 Recommandations

Aux autorités municipales :

### 9. RASSEMBLER LES SAVOIR-FAIRE

#### 9.1. Maintenir la Plateforme

La Plateforme est un instrument essentiel de rencontre du réseau. A ce titre, son maintien est nécessaire, et son extension à la participation d'autres communes<sup>73</sup> doit être envisagée. Le nom pourrait évoluer : il y a **des** précarités et **des** exclusions, pourquoi ne pas le reconnaître formellement en modifiant le nom de cet instrument de coordination ?

#### 9.2. Développer un référentiel : organiser des réunions thématiques

Si une fréquence de deux rencontres plénières par année satisfait les membres, une extension de la durée de séance (une demi-journée minimum) avec une présentation<sup>74</sup> liée à un thème identifié collectivement serait à même de contribuer à renforcer le développement d'un référentiel commun entre les partenaires, tout en approfondissant ou diversifiant les connaissances des membres.

#### 9.3. Professionnaliser : renforcer l'aspect « observatoire » et les capacités pro-actives de la Plateforme

L'engagement d'une personne est nécessaire pour observer les évolutions, recenser les places disponibles en hébergement, appuyer les activités des groupes (réaliser des études ad hoc) et les activités du secrétariat (aider à préciser les questions soumises aux groupes, organiser les séances). Il s'agit donc de professionnaliser l'encadrement de la Plateforme et d'optimiser son impact potentiel, ce qui permet de décharger le secrétariat des tâches de fond et de renforcer son rôle de validation, tout en assurant une vision factuelle des évolutions constatées sur le terrain<sup>75</sup>. La mesure de cette évolution peut se réaliser par le recueil des données nécessaires (urbanistiques, démographiques, sociologiques) existant au sein des administrations municipale, communales et cantonale et l'appui des intervenants concernés. Une formation de base d'éducateur, une expérience professionnelle sur le terrain, et une formation complémentaire académique nous semblent constituer le profil-type de cette personne.

---

<sup>73</sup> Même si le fait que la Ville de Genève soit délégataire de la compétence de coordination risque de prêter l'envie de participer des autres communes. Un moyen de pallier à ce risque est d'envisager un groupe de travail ad hoc au sein de l'Association des Communes genevoises.

<sup>74</sup> Que ce soit un des membres ou une personne externe invitée.

<sup>75</sup> A l'image du quartier de la Goutte d'Or, qui salarie un sociologue pour noter et recenser les évolutions sociologiques, urbanistiques et démographiques du quartier.

## **10. RENFORCER L'IMPACT DES ACTIVITÉS DE LA PLATEFORME**

### **10.1. Modifier la place des groupes de réflexion**

Les groupes de travail actuels fournissent un effort conséquent qui doit être valorisé. Leur attachement formel à la Plateforme peut être conservé, leur nombre augmenté, mais une plus grande valorisation de leurs activités doit être engagée. Un mandat clair, sous forme de question opérationnelle par exemple, doit être donné par le secrétariat. Il est également nécessaire d'adjoindre systématiquement aux groupes un ou des représentant(s) des autorités cantonales et/ou municipales concernées par la question (membres de l'exécutif ou haut fonctionnaire), de manière à ce que les problèmes rencontrés soient plus facilement pris en compte et que les solutions proposées puissent être mises en œuvre.

### **10.2. Créer des groupes de coordination**

Pour éviter des polémiques à l'image de ce qui s'est passé en décembre 2001 par rapport à l'hébergement d'urgence, des groupes de coordination autour d'une action commune sont à mettre sur pied. Ces groupes, axés sur des thèmes précis liés à la coordination par domaine d'activité, et capables de se mobiliser rapidement en cas de nécessité, rendraient des comptes au secrétariat de la Plateforme. C'est d'ailleurs déjà le cas pour les possibilités d'hébergement d'urgence en hiver, mais une extension de ce type d'activités axé sur l'action et regroupant uniquement les acteurs concernés directement doit être réalisé.

### **10.3. Publiciser les débats de la Plateforme**

Quelle que soit la forme retenue (présence de représentants de médias, site internet dédié), favoriser la prise de conscience de la population sur les personnes précarisées est une priorité. La transformation proposée de la Plateforme en forum régulier axé sur des thèmes prédéfinis peut également contribuer à une plus grande diffusion des travaux réalisés.

Aux autorités cantonales :

## **11. COLLABORER**

### **Participer aux travaux de la Plateforme**

La participation des directeurs de la santé et de l'action sociale du DASS est absolument nécessaire aux travaux de la Plateforme. Selon les besoins et les thèmes abordés, d'autres hauts fonctionnaires doivent être invités ou siéger en tant que membres permanents. Tant que la délégation de la lutte contre l'exclusion est du ressort de la Ville de Genève, l'Etat doit être considéré comme un centre de ressources – et un appui – important.

Aux autorités cantonales et municipales, et aux structures associatives :

## **12. FAVORISER LES PARTENARIATS**

### **Développer des projets communs**

Une réflexion devrait être menée au sein d'un groupe de réflexion ou en plénière en vue de la mise sur pied de projets communs, par exemple entre les institutions à bas seuil et les structures fournissant de prestations spécialisées comme la (pré)formation. Le développement de tels projets, qui devraient être subventionnés par le biais de convention ad hoc, est susceptible d'augmenter la perméabilité entre acteurs de l'action sociale d'urgence et intervenants en actions de (ré)insertion.

Aux autorités politiques municipales et cantonales :

## **13. LEGITIMER**

### **Admettre la légitimité des travaux de la Plateforme**

La place et le rôle de la Plateforme dans l'action publique et sociétale à l'égard des phénomènes de précarité doit être défendue : leurs avis, propositions, projets et recommandations, élaborées au sein d'un forum rassemblant l'ensemble des partenaires actifs dans le domaine, doivent être pris en compte dans l'élaboration des mesures et politiques afférentes.

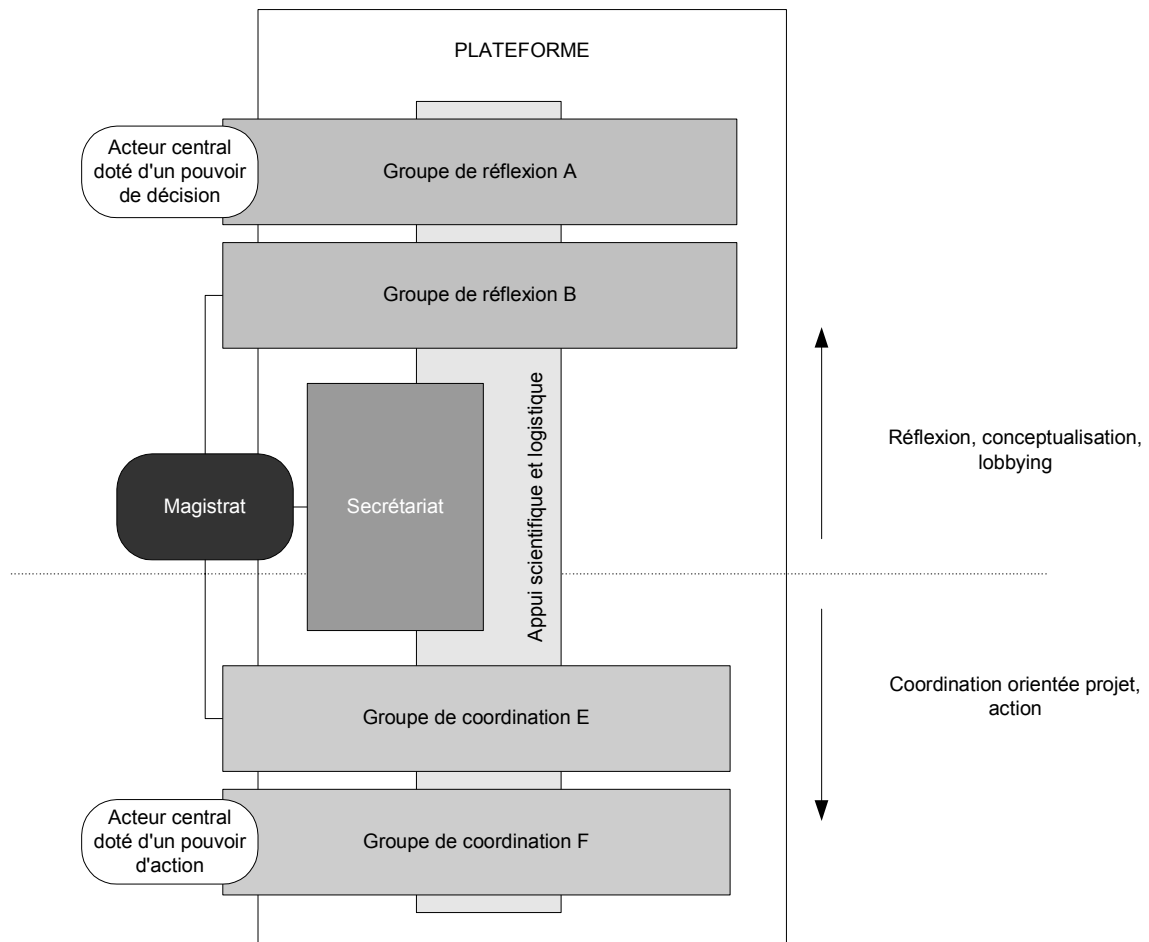
### **5.5.7 Remarques**

Nous sommes conscients des possibilités restreintes d'investissement en temps des membres de la Plateforme. Notre proposition de professionnalisation vise justement à permettre aux différents groupes de travail de disposer d'une personne à même de parfaitement les seconder sur le plan de l'accompagnement scientifique (recherche ad hoc), sur le plan de la rédaction (préparation des documents) et en terme de logistique (préparation et assistance aux séances des groupes, convocation de la plénière).

Cet appui doit également servir à diminuer la charge de travail du secrétariat, qui pourra dès lors se consacrer davantage aux aspects centraux : choix de l'axe des séances, validation des thèmes de travail des groupes, suivi des propositions finalisées.

La figure ci-dessous illustre le fonctionnement de la Plateforme tel que nous l'envisageons.

**Figure 5: fonctionnement de la Plateforme**



## **5.6 Les migrants**

Malgré une politique fédérale contraignante, les autorités cantonales et municipales ont adopté une approche intégrative qui vise à ne pas pénaliser davantage des personnes déjà précarisées.

Estimer le nombre de « sans-papiers » est une gageure : les estimations les plus basses avancent le chiffre de 5'000 personnes, les plus hautes 16'000 personnes. La réalité doit osciller entre ces deux pôles. Le réseau rapporte une probable augmentation du nombre de sans-papiers, mais il est difficile de dire s'il s'agit d'une modification dans la provenance des personnes, induisant une plus grande visibilité sociale, ou un accès facilité aux structures sociales et sanitaires qui favorise un appel d'air pouvant être interprété comme une augmentation.

Le fait que la Suisse n'a jamais retenu comme option valable une régularisation collective des sans-papiers participe largement à l'extension de poches de précarité dans cette catégorie de population : le maintien dans la clandestinité, certes plus ou moins « tolérée » par les instances répressives locales, ne permet pas de régulariser, justement, des situations sociales difficiles.

### **5.6.1 Enfants, adolescents et mères seules**

Les plus en danger sont les enfants et les jeunes adultes. Ces derniers sont souvent parentifiés car ils prennent en charge leur famille maîtrisant mal le français. Ou, à l'inverse, fortement inhibés suite à l'intériorisation de leur statut juridique et donc de leur statut social. Le problème posé par l'absence de garde d'enfants si le ou les parent(s) travaille(nt) engendre également des précarités « en chaîne » en l'absence de fortes relations communautaires. Ces éléments illustrent quelques situations auxquelles sont soumis ces enfants. Il est évident que cet état de fait augure mal du devenir de ces enfants.

La situation la plus problématique est celles des préadolescents arrivés depuis peu à Genève et ne disposant pas du minimum requis pour envisager une formation professionnelle.

L'UMSCO et le Centre de contact suisse-immigrés perçoivent également que les mères seules avec un ou des enfants sont une population en augmentation ces dernières années, et plus particulièrement en provenance d'Amérique latine.

### **5.6.2 Un choix clair dans un contexte légal ambigu : l'ouverture à l'école et aux soins**

L'accès à l'école obligatoire dès 4 ans et la possibilité récente de poursuivre une formation dans le post-obligatoire (15 à 19 ans) sont aujourd'hui garantis aux enfants de clandestins. Environ 1'000 enfants sont scolarisés ainsi dans les écoles genevoises. Le lien entre scolarité et nécessité de disposer d'une assurance maladie et accident fait que la couverture financière des soins est assurée.

Un vote à l'unanimité de la Ville de Genève et un accord avec une assurance de la place a permis de mettre les enfants de 0 à 4 ans au bénéfice d'une assurance maladie, ceci conformément aux vœux réitérés de la Plateforme.

Les adultes clandestins peuvent également s'assurer<sup>77</sup>, mais les coûts de cette assurance sont souvent sans rapport avec leurs possibilités financières. La question d'un éventuel subside cantonal est à l'étude pour l'heure.

Il n'en demeure pas moins que la question de la prise en charge financière des soins urgents pour les personnes non-assurées représente un problème, car, au final, seuls ceux qui sont honnêtes, c'est-à-dire ceux qui donnent leur nom véritable, sont soumis au paiement de la facture correspondante. En cas de non-paiement, des complications administratives peuvent intervenir lors d'une autre entrée aux HUG. Le FPP, même s'il s'avère insuffisant, peut prendre en charge les coûts engendrés par les soins dits non-urgents.

La prise en charge médicale au sein des HUG des personnes sans assurance maladie se réalise à travers les activités de la DUMC et est soumise à une procédure validée par la direction.

L'intérêt porté à la santé des migrants est en évolution : l'Office fédéral de la santé publique, suite aux constats portés par différentes recherches sur les conditions sanitaires des migrants (moins bonne que les Suisses), va investir chaque année entre 4 et 7 millions de frs jusqu'à 2006 pour financer des projets visant à pallier aux problèmes constatés.

Rappelons, pour mémoire, qu'une proportion importante de personnes sans papiers paye leurs contributions aux assurances sociales ainsi que des impôts, et peuvent percevoir les allocations familiales.

### **5.6.3 L'assistance publique en échange d'un retour à la légalité**

La plupart des structures à bas seuil (repas et hébergement d'urgence) ne lient pas la délivrance de leurs prestations à la condition de disposer d'un statut légal. Cette ouverture est nécessaire et se justifie étant donné l'importante proportion de personnes illégales en recherche d'aide dans ces lieux.

Depuis l'arrêté du DASS du 31 mars 2000<sup>78</sup>, les sans papiers qui soumettent volontairement une demande d'autorisation de séjour auprès de l'Office cantonal de la population peuvent bénéficier des prestations accordées aux requérants d'asile dans l'attente d'une décision sur leur statut. L'Hospice Général recense 1'839 personnes au bénéfice de cette admission provisoire au 31 décembre 2001.

### **5.6.4 Recommandations**

Aux autorités cantonales :

## **14. GARANTIR LES SOINS**

### **Augmenter le Fonds pour patients précarisés (FPP)**

Le volume actuel de ce fonds géré par l'UMSCO du Département de médecine communautaire ne permet plus une prise en charge financière des soins non-urgents des personnes sans assurances. Il doit être augmenté en conséquence et couvrir également les soins urgents. La question - centrale - d'un éventuel plafonnement des dépenses individuelles (liés aux traitements coûteux et longs) doit être abordée et une décision prise.

---

<sup>77</sup> Accepté par le Grand Conseil le 30 août 2001, selon le PV de la sous-commission clandestins du 10 septembre 2001.

<sup>78</sup> Confirmé par le Conseil d'Etat le 2 mai 2001.

Aux autorités municipales :

## **15. PREVENIR EN PARTENARIAT**

### **Développer les liens avec les communautés**

En lien avec la Délégation cantonale à l'intégration, un repérage de représentants des communautés présentes sur le territoire genevois doit se réaliser. Ces personnes-relais, disposant de la confiance de leur ethnie respective, peuvent servir d'observateur avisé des problématiques émergentes auprès des intervenants des secteurs socio-sanitaire. Sur cette base, le développement de projets-pilote en prévention (ou autres) peut se réaliser dans de bonnes conditions. Une subvention fédérale est possible auprès de l'OFSP.

Sur le plan de la formation des préadolescents en difficulté scolaire, la recommandation 19 est également valable.



## **5.7 Les jeunes en rupture**

S'il est extrêmement difficile d'avancer un chiffre sur les jeunes en situation de rupture scolaire, familiale et sociale, chacun s'accorde à dire que la situation qui prévaut à Genève pose un certain nombre de problèmes, notamment sur le plan de l'hébergement d'urgence (considéré comme insuffisant), sur les aspects sanitaires (conduites addictives, désordres psychiques) et sur un plan plus général le non-respect ou la non-acquisition de règles de vie communes.

Sont évoquées pêle-mêle comme facteurs déterminants un retrait parental, une rupture familiale, un échec scolaire ou encore un déracinement culturel, facteurs engendrant une anomie sociale.

### **5.7.1 Une intervention conséquente d'acteurs publics et privés**

#### *5.7.1.1 Intervention individuelle*

Les données issues des activités des services de l'Office de la jeunesse<sup>79</sup> montrent une inadéquation entre les demandes entrantes d'actions socio-éducatives et les ressources humaines à disposition. 3'045 enfants ont été suivis en 2001 par la Protection de la jeunesse (dont 2'377 nouvelles demandes), soit, difficulté de recrutement oblige, environ 100 dossiers, donc 100 enfants, par travailleur social. Notons également que le Service santé jeunesse a repéré 442 enfants à risque et 268 enfants souffrant de maltraitance lors de ses visites en milieu scolaire.

Le Service médico-pédagogique a effectué 106'439 consultations en 2001, pour 4'307 enfants, dont 2'675 nouveaux cas. 5'069 traitements intensifs sont compris dans le nombre total de consultations délivrées. Ce service est confronté, année après année, à un volume croissant d'activités, évolution considérée comme « supportable » pour l'heure, mais la durée moyenne des traitements a été réduite.

L'unité d'évaluation des lieux de placement rapporte une forte augmentation du délai nécessaire pour trouver un lieu de placement adéquat en raison de l'absence d'un nombre suffisant de places en foyer et de familles d'accueil, que ce soit pour l'accueil de jour, ou, pire, pour l'accueil de nuit.

La Guidance infantile du Département de psychiatrie rapporte également une augmentation très nette des demandes de consultations. La situation actuelle ne permet pas d'envisager un rendez-vous avant plusieurs semaines.

Sont également présent sur ce terrain la Consultation multidisciplinaire pour adolescents et jeunes adultes des HUG, l'Hospice Général par les CASS, la Fondation pour la jeunesse (FOJ), la Main tendue, Païdos et le Groupe Sida Genève.

#### *5.7.1.2 Intervention collective*

Le Point (DIP), l'Equipe de prévention communautaire (Infor-Jeunes de l'HG), la FAS'e, la Délégation à la jeunesse (Ville de Genève) sont amenées à intervenir sur des situations concrètes de violence en bande, racket ou autres formes de rejet d'une vie collective. Si les rôles et attributions de chacun sont relativement peu clairs dans l'ensemble, leurs pratiques de coordination « terrain » et « orientées objet » sont considérées comme effectives et satisfaisantes. Les communes, les conseillers sociaux dans les cycles d'orientation et tous les autres acteurs concernés, comme les concierges, sont intégrés dans des mécanismes de collaboration locale bien rodés.

---

<sup>79</sup> Rapport d'activités 2001 du Département de l'instruction publique.

Les bénéficiaires du travail social hors-murs (TSHM), nouveau nom pour une pratique connue (éducateur de rue), sont reconnus et soutenus politiquement, dernièrement par l'attribution (ou plutôt la formalisation) de 25 postes de TSHM pour la FAS'e.

La brigade des squats de la police est également à prendre en compte dans cette tentative de recensement, certainement pas exhaustive, des acteurs intervenants sur un plan collectif.

Une instrumentalisation des actions collectives nous a été rapporté : le thème des « jeunes en rupture » est porteur, médiatiquement parlant. Un risque de sur-détermination de cette problématique subsiste, pour les mêmes raisons.

### **5.7.2 De nombreux lieux de réflexion pour une situation qui n'évolue pas ou peu**

Si la coordination sur une situation bien identifiée existe, nos interlocuteurs nous rapportent cependant l'existence d'une multitude de groupes de coordination ou d'échange entre professionnels, comme par exemple le groupe « adolescents en rupture » de l'Office de la jeunesse, le Groupe de liaison prévention jeunesse (GLPJ) du DIP, l'ARPE (Actions, Réflexions, Prévention, Education), etc.

Genève possède sur cette question un riche éventail d'intervention médico-psychosociale. Il n'en demeure pas moins que 60 à 80 pré-adolescents et adolescents de 13 à 18 ans seraient en situation fortement précaire (à la rue ou en squats insalubres, avec absence de liens sociaux structurants) selon Païdos. D'autres intervenants, comme l'EPIC ou la Délégation à la jeunesse, estiment cependant que le nombre de jeunes en forte rupture et non insérés dans des dispositifs d'appui est inférieur à ce chiffre.

La profusion d'intervenants montrent toutefois que les autorités accordent une place importante à la prévention et au développement d'actions locales adaptées et ciblées.

### **5.7.3 Un besoin évident de modification de comportement**

Si être en rupture signifie avant tout perdre le contact avec les milieux structurants classiques (familles, écoles), les procédures de transmission des informations d'alerte semblent être déficientes. La FOJ rapporte ainsi que les cycles d'orientation ne préviennent pas les foyers d'accueil si un des pré-adolescents hébergés ne suit pas les cours.

Rapporté par de nombreux intervenants, l'observation de trajectoires institutionnelles (SMP, PDJ, TG, puis HG et enfin AI) est également un indicateur d'une parfaite gestion administrative des dossiers et d'une absence de suivi constructif de la personne.

#### 5.7.4 Recommandations :

Aux autorités cantonales :

### 16. CONCEPTUALISER UNE POLITIQUE DE PREVENTION

#### Définir une politique globale de prévention

En l'état, les interventions des structures existantes sont essentiellement réactives<sup>81</sup> : aucune politique globale et coordonnée de prévention n'est définie par rapport aux jeunes en rupture, respectivement aux jeunes allant vers un scénario de rupture. Ce besoin existe, et peut contribuer à une modification des comportements et des attitudes par rapport à cette problématique. Les actions préventives sont nécessaires et doivent être soutenues<sup>82</sup>.

Aux autorités municipales et cantonales :

### 17. COORDONNER

#### 17.1. Clarifier les rôles et places de chacun dans une intervention locale

La multiplication d'institutions publiques actives et les enjeux qui y sont liés engendre une certaine instrumentalisation négative des interventions. Ce fait doit être combattu par une reconnaissance mutuelle de la complémentarité des différentes formes d'intervention.

#### 17.2. Elaborer des protocoles thématiques communs

A l'exemple du protocole sur la violence développé en partenariat par la FAS'e, l'élaboration de documents communs autour d'une thématique peut contribuer à développer un référentiel et un cadre d'action commun, facilitant les interventions en réseau.

### 18. PRÉVENIR

#### 18.1. Favoriser l'intervention individuelle précoce

Deux objets sont plus ici plus particulièrement visés : l'intervention en appui éducatif précoce et l'intervention en appui scolaire. L'appui éducatif précoce s'adresse aussi bien aux parents qu'aux enfants. Il s'agit concrètement d'appuyer et de renforcer les structures qui contribuent à diffuser des normes éducatives aux jeunes parents (Service éducatif itinérant de l'ASTURAL et Guidance Infantile notamment). L'appui scolaire vise à permettre de bénéficier d'un appui personnalisé et à domicile. Une extension des capacités de l'ARA (Association des répétiteurs AJETA<sup>83</sup>) doit être envisagée. Dans le même ordre d'idées, une plus grande rapidité de la satisfaction des demandes parentales en matière éducative doit être pensée au niveau de la Guidance Infantile.

---

<sup>81</sup> Le projet RESPECT mené par la PSQ dans deux quartiers genevois peut préfigurer ce que l'on entend par projet de prévention.

<sup>82</sup> Nous pensons en particulier au projet du Foyer La Ferme de la FOJ, visant à maintenir un lien entre parents et enfants. Ce projet n'a pas reçu le soutien nécessaire, or il constitue une action de prévention bien définie.

<sup>83</sup> Voir <http://www.ararep.ch/>.

### **18.2. Favoriser le développement communautaire**

Le développement communautaire, c'est-à-dire le développement d'actions à même de (re)mobiliser les différents milieux (familial, culturel, social, professionnel, etc.) en leur donnant les outils pour se constituer en tant que communauté, constitue une voie à explorer davantage. Les essais, les expériences réalisées et les échecs constatés doivent être recensés et diffusés. Genève est un territoire qui compte une forte densité associative qui ne demande qu'à être intégrée à une volonté politique de lutte contre la précarité et au développement de politiques de proximité.

## **19. FORMER**

### **Renforcer le développement de formations adéquates**

La prévention passe également par une insertion de l'ensemble des jeunes dans des structures de formation adéquates à leurs capacités. De nombreux efforts sont déjà réalisés par le Département de l'instruction publique, ils sont à défendre et à renforcer. Cette recommandation est également valable pour les jeunes migrants dès 11 ans ne disposant pas d'un bagage scolaire en adéquation avec leur âge.

## **5.8 La question des capacités en hébergement**

### **5.8.1 Hébergement d'urgence ?**

On peut légitimement se poser la question de savoir si les différentes modalités d'hébergements proposées sont réellement encore des hébergements « en urgence ». Les durées de séjour tendent à augmenter, que ce soit par impossibilité de retrouver un autre toit et/ou par souci d'accompagner la personne dans une démarche d'autonomie. En éliminant le facteur conjoncturel lié à la très forte crise de l'immobilier que vit Genève depuis deux ans et pour quelques années encore, les lieux d'accueil apparaissent comme étant également des lieux de vie sur un moyen terme.

### **5.8.2 Une absence dramatique de lieux adéquats pour les cas psychiatriques et les personnes ayant une conduite addictive**

Seule le Racard (en hébergement d'urgence) dispose des compétences pour assurer l'accompagnement social des cas psychiatriques, mais les places sont très limitées et le coût de la nuit (100.- frs) induit une limite claire : seules les personnes à l'assistance ou au bénéfice d'une rente AI peuvent prétendre en bénéficier.

Le Foyer Arabelle et Au Cœur des Grottes n'acceptent plus de personnes sortant de Belle-Idée, mais prennent, au « compte-gouttes » pour ne pas déstabiliser le groupe présent, quelques femmes sous méthadone, sous réserve d'un suivi effectif par des relais compétents. Dans le même ordre d'idées, Emmaüs a développé ses prestations en suivi socio-thérapeutique, mais se limite à trois places (sur trente).

La Division d'abus de substances rencontre également une grande difficulté dans sa recherche de lieux de vie pour les patients sortants des unités semi-hospitalières comme le Seran ou les Crêts : inexistence de logements fixes à proposer, rupture de bail pour ceux qui en disposent, allongement des durées de séjour en unité hospitalières<sup>84</sup>, refus des lieux d'hébergement d'urgence (« nature de la clientèle ») ou absence de place dans les lieux qui les acceptent.

Même s'il ne s'agit pas d'hébergement d'urgence, le passage des foyers de Belle-Idée aux normes OFAS a largement préterité les possibilités d'hébergement des personnes nécessitant un encadrement lourd. La mission de la FHP, tel que définie dans sa loi cadre<sup>85</sup>, précise déjà en 1997 les besoins : 235 places, dont 135 en appartements individuels avec accompagnement socio-éducatif, 85 places en résidence de 12 places en moyenne et 15 place en EMS. La FHP affronte cependant deux problèmes majeurs, commun à l'ensemble du secteur social : l'état du marché immobilier rend les démarches d'acquisition et de transformation très difficiles et les ressources humaines nécessaires (dans ce cas infirmiers en soins psychiatriques) sont inexistantes sur le marché de l'emploi.

Le Groupe Sida Genève relève pour sa part le manque de lieux nocturnes à bas seuil ouvert aux personnes ayant une conduite addictive prononcée. Refusées par les autres lieux d'hébergement d'urgence, les seules solutions sont les parcs, les squats et les halls d'immeuble.

---

<sup>84</sup> Dont le coût, rappelons-le, est supérieur à celui d'un hôtel de luxe...

<sup>85</sup> Voir PL 7997 du 4 février 1999.

### **5.8.3 L'hébergement d'urgence mère-enfants**

Les taux rapportés de fréquentation des foyers hébergeant des femmes avec enfants sont parlants : ils oscillent entre 141% pour Au Cœur des Grottes à 97% pour Arabelle. Le foyer de Solidarité Femmes et Le Pertuis sont également saturé en permanence (125% et 101%). A titre indicatif, le directeur du Pertuis n'a pas pu accepter 474 personnes en 2001<sup>86</sup>.

Une des problématiques créatrices d'engorgement doit être mentionnée : ce sont les femmes, avec ou sans enfants, qui quittent le domicile en cas de violence conjugale. Un renversement ou une modification de l'approche traditionnelle face à ce problème peut probablement soulager les foyers. L'association Vires propose un projet de foyer pour hommes violents, mais ceci ne peut suffire à réduire notablement les demandes d'hébergement.

### **5.8.4 L'hébergement avec encadrement socio-thérapeutique ou socio-éducatif**

Les foyers « hors urgence » sont également saturés : les demandes d'hébergement sont en hausse et les difficultés à trouver des appartements de « sortie » sont rendues extrêmement difficiles par la conjoncture actuelle du marché.

Le constat d'absence de place est aussi valable pour le secteur petite enfance de la FOJ ou pour la protection de la jeunesse : les lieux de placements et le nombre de familles d'accueil sont largement insuffisants. Le secteur éducatif de l'HG rapporte également un taux d'occupation qui avoisine les 100% en permanence, ceci dans un contexte d'augmentation constante des demandes.

### **5.8.5 Un lieu pour jeunes de 18 à 25 ans avec troubles psychotiques**

La FHP rapporte une problématique oubliée des lieux d'accueil : les jeunes de 18 à 25 ans présentant des troubles psychotiques qui sont en attente ou hors AI ne disposent d'aucun lieu adapté sur Genève<sup>87</sup>. Infor Jeunes et l'unité de psychiatrie de l'adolescence des HUG ont entamé une coordination sur cet aspect. Cette absence de lieux pèjorent une intervention en crise d'un trouble qui, s'il n'est pas traité rapidement, peut rapidement dégénérer en pathologie. Une intervention préventive cohérente doit remplacer des soins curatifs (voire palliatifs) tardifs et répétés.

### **5.8.6 Les mineurs**

Nous notons également un manque de structures d'hébergement pour mineurs, ceci plus particulièrement pour les jeunes entre 13 et 18 ans en fugue. Si les solutions d'hébergement existent, elles doivent obligatoirement passer par une institution officielle comme la PDJ par exemple.

Or, et ceci nous a été rapporté par plusieurs interlocuteurs intervenant auprès de mineurs en rupture familiale, l'inexistence de lieux adéquats fait que ceux-ci sont « lâchés dans la nature », pour reprendre une expression utilisée.

---

<sup>86</sup> Voir également l'étude de la coordination interfoyers, page X.

<sup>87</sup> Les résidents en foyers FHP doivent être au bénéfice de l'AI.

## 5.8.7 Recommandations

Aux autorités cantonales :

### 20. RÉDUIRE LA DEMANDE

#### 20.1. Modifier les pratiques légales en cas de violence conjugale

L'organisation juridique actuelle ne permet pas d'obtenir une décision de justice sur l'attribution de l'appartement commun dans un délai de moins de six mois. Un examen attentif des pratiques de circulation des dossiers peut probablement réduire ce délai trop important.

#### 20.2. Prévenir les expulsions

Les expulsions peuvent être prévenues, à l'exemple de la relation entretenue entre la GIM et le SSVG. Ce dernier est prévenu d'un problème social potentiel en cas de non-paiement de loyer sur une période supérieure à trois mois. Les assistants sociaux du SSVG rentrent alors en dialogue avec le ou les locataire(s) pour proposer, le cas échéant, leur appui. Une extension de cette pratique sur l'ensemble du territoire cantonal, par le biais du non-paiement des factures SIG par exemple, doit être mise sur pied<sup>89</sup>.

#### 20.3. Renforcer la légitimité des baux glissants

Une des techniques employées pour réussir à trouver un logement individuel pour une personne en situation précaire consiste à prendre le bail au nom de l'association puis de le faire coulisser en temps utile au nom du bénéficiaire. L'Hospice Général offre également des garanties financières, pour l'heure limitée à six mois. Un renforcement de la légitimité de ces pratiques doit être effectué. Ceci passe notamment par une extension de la garantie de loyer de l'Hospice Général de six à douze mois.

Aux autorités municipales et cantonales :

### 21. RÉDUIRE LES DURÉES DE SÉJOUR

#### Développer les appartements communautaires

Une des voies envisagées pour faciliter le désengagement des foyers est de s'attaquer aux problèmes de sorties, aujourd'hui très problématique. Le développement d'appartements communautaires avec suivi social léger peut offrir une solution « interface » entre un séjour en foyer et un logement individuel. La collaboration de la GIM et de l'OCL est nécessaire.

---

<sup>89</sup> Voir l'annexe 11 pour une illustration belge d'un système de ce type.

## **22. DÉVELOPPER L'OFFRE**

### **22.1. Ouvrir un foyer pour femmes avec enfants et encadrement thérapeutique**

La forte demande sur ce domaine particulier doit trouver une solution pratique. Ceci d'autant plus que répondre à ce type de demande fait également partie d'une démarche de prévention secondaire, soit d'éviter une rupture du lien mère-enfant(s) avec ses conséquences potentielles. L'ouverture du Foyer le Pertuis en juillet est également nécessaire, elle répondrait d'ailleurs à une demande de l'équipe.

### **22.2. Ouvrir un centre de traitement pour jeunes avec troubles psychotiques**

C'est-à-dire répondre à une demande existante qui ne trouve place nulle par ailleurs, sauf dans des lieux inadéquats. D'un point de vue humain et sanitaire, mais également économique, la création d'un tel centre doit être envisagée rapidement.

### **22.3. Ouvrir un sleeping à bas seuil**

La grande précarité engendrée par une conduite addictive, et plus particulièrement quand celle-ci concerne un usage intensif de cocaïne par injection<sup>90</sup>, nécessite une mise à disposition d'un sleeping à bas seuil d'accessibilité avec présence constante d'intervenants qualifiés.

### **22.4. Développer l'offre : une « Schlupfhaus » genevoise ?**

Les cantons de Zurich, Saint-Gall et les Grisons pratiquent un accueil à « semi » bas seuil en hébergement d'urgence pour les adolescents, précédant une éventuelle décision de placement. Il s'agit d'accueillir en urgence les jeunes de 13 à 18 ans qui se retrouvent à la rue, sous réserve d'un entretien obligatoire avec un intervenant le lendemain. La possibilité d'une telle structure doit être envisagée et discutée avec les autorités compétentes<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> Pour rappel, le GSG estime que 70% des UDI fréquentant le Quai 9 à Genève consomment de la cocaïne. Ce type d'usage peut engendrer jusqu'à vingt injections par jour par personne.

<sup>91</sup> La convention de l'ONU du 26 janvier 1990 relative aux droits de l'enfant, entrée en vigueur en Suisse le 26 mars 1997, stipule à l'article 3 que dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des Tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. Ceci ne remplace évidemment pas un avis de droit.



## 5.9 Une Unité de garde sociale ?

La réflexion sur une éventuelle « unité de garde sociale » a été initiée par le rapport de Georges Baudraz<sup>92</sup>. Sont proposés les objectifs suivants pour une telle unité<sup>93</sup> :

- Introduire le social dans le traitement des urgences de nuit et de fin de semaine, actuellement dévolu à la police et à la médecine.
- Assurer le suivi des cas d'urgence ainsi traités auprès des institutions, et tendre dès lors à une meilleure coopération entre le policier, le médical et le social.
- Servir la formation des travailleurs sociaux au travail de terrain.
- Par une meilleure coopération entre la psychiatrie et le social, contribuer à la politique de réinsertion des cas psychiatriques dans la société.

L'objectif serait donc de prendre en charge les urgences sociales de nuit et de fin de semaine, et organiser le suivi de ces situations par un travail de liaison. L'ancrage administratif proposé est l'Hospice Général.

### 5.9.1 Des besoins variés et reconnus

Nos interlocuteurs reconnaissent pour la plupart la légitimité d'une unité mobile d'intervention pour les urgences sociales, sous réserve d'une intégration des différentes composantes professionnelles au sein de l'équipe d'intervention. Les besoins en « urgences sociales » sont de tout ordre et débordent de la problématique de l'action sociale d'urgence. A titre d'exemple, ces urgences sociales représentent environ 20% des interventions de la police, de nuit comme de jour. Les policiers reconnaissent par ailleurs l'inadéquation de leur intervention si celle-ci implique des composantes sociales fortes. Si des relais existent de jour, atteindre un service social la nuit est beaucoup plus difficile, voir impossible. La PDJ a toutefois instauré l'an dernier une ligne d'appel 24h/24, mais elle ne concerne que les mineurs.

Les heures considérées comme les plus critiques sont de 20 heures à 4 heures du matin la semaine, et une extension de ces heures d'ouverture doit être prévue pour le samedi et le dimanche.

### 5.9.2 L'ancrage administratif

L'Hospice Général, en dehors du fait qu'il ne souhaite pas intégrer une unité de ce type dans ses prestations, ne s'avère pas l'institution la mieux à même de répondre à la variété des besoins, selon nos interlocuteurs. Par contre, la DUMC, acteur central et point d'entrée dans le réseau sanitaire 24h/24, peut être mieux à même d'offrir un ancrage clair à cette structure. Ceci pour plusieurs raisons :

- Les urgences sociales peuvent contenir une composante sanitaire forte ou, inversement, les urgences dites médicales peuvent avoir une forte composante sociale.
- La variété des professions actives au sein de la DUMC est un atout pour une approche intégrée des problématiques rencontrées en cas de besoin.
- La DUMC est situé au centre de la Ville de Genève : une éventuelle intervention de cette unité peut se réaliser rapidement.

---

<sup>92</sup> Georges Baudraz, *Rapport d'étude et d'évaluation concernant la création d'une unité de garde sociale*, Genève : Hospice Général, juillet 2001.

<sup>93</sup> *Op cit*, pages 32 et suivantes.

### **5.9.3 Une unité composite**

Il ne s'agit pas de créer une structure *ex nihilo*, type Samu social, mais de faire se rencontrer autour d'un projet collectif les trois corps professionnels à même d'intervenir. Concrètement, et d'entente avec les avis du réseau, cette unité devrait comprendre un représentant de la police, un éducateur confirmé et expérimenté, et un infirmier spécialisé en soins communautaires et en soins psychiatriques. Il est également important de veiller à une représentativité des deux sexes.

Ce mélange des genres a pour but de favoriser un regard multidimensionnel sur les problèmes constatés, mais également de rassembler au sein d'une même (et petite) unité des représentants de plusieurs professions disposant chacune de leur connaissance des différents organismes spécialisés à même de reprendre, une fois l'urgence passée, la prise en charge du cas. C'est donc bien l'axe social qui doit dominer au sein de cette unité, les fonctions infirmières et policières intervenant en appui.

A l'instar du rapport Baudraz, nous sommes d'avis qu'il faut également utiliser cette éventuelle nouvelle unité comme un lieu de stage pour les différentes professions amenées à intervenir, étant donné la variété des problèmes que cette unité devrait rencontrer.

### **5.9.4 Un lieu d'essai, de convergence, de confrontation et de coordination**

Cette unité, comme le propose le rapport Baudraz, sera également une entité à même de produire soit une convergence, soit une confrontation des approches. Ceci peut certainement favoriser à terme une coordination au cas par cas entre les secteurs concernés. C'est-à-dire une coordination pratique, centrée sur un cas individuel. Pour renforcer cet aspect, il devrait être possible d'adjoindre à l'équipe un intervenant extérieur, appartenant aux organismes actifs de l'action sociale d'urgence, ceci sur un modèle de rotation régulière.

La formule du projet pilote, suivi et évalué durant deux ans, nous paraît être la plus cohérente.

### **5.9.5 Recommandations**

Aux autorités cantonales :

## **23. DEVELOPPER UN PROJET PILOTE D'INTERVENTION**

### **Création d'une Unité d'intervention sociale (UnIS)**

Pour faire face aux besoins recensés en urgences sociale en dehors des heures d'ouverture des structures ad hoc, une unité d'intervention sociale doit être implémentée et évaluée sur une période d'essai de deux ans. Un rattachement administratif à la DUMC est souhaitable, sous réserve d'une autonomie dans son activité. Les fonctions sanitaires et policières de cette unité sont à considérer comme un appui à la fonction première, orientée sur le social.

## 6 Conclusions

### 6.1 L'action sociale d'urgence : un réseau indépendant et polymorphe

Genève dispose d'un réseau d'acteurs et de prestations riche et varié, qui privilégie des modalités de coordination diversifiées :

- Des pratiques de coordination de type formel/institutionnel, souvent basées sur le sentiment d'obligation, et produisant peu d'effets sur le terrain.
- Des pratiques de coordination de type plus informel et *ad hoc*, en lien avec des relations interpersonnelles, souvent axées sur un projet précis ou un problème spécifique, et qui produit des effets sur le terrain. La durée de ces pratiques de coordination est variable et leur configuration évolutive.

L'avantage de cette dernière modalité réside dans la créativité et la flexibilité du dispositif général, même si Genève a tendance à générer une nouvelle structure (publique, parapublique ou associative) pour tout nouveau problème perçu. L'incrémentalisme institutionnel est ainsi devenu une norme, au détriment des réorientations des structures existantes.

La capacité des autorités genevoises à reconnaître et intégrer dans l'action publique au sens large les acteurs associatifs les plus divers, leur permet de trouver des réponses opérationnelles et ciblées répondant à ces problèmes probablement plus rapidement que si l'Etat devait assurer lui-même ces prestations. Même sur le plan économique, et sous réserve d'une analyse plus poussée, on peut postuler que les coûts d'une telle approche sont moindres, et plus flexibles à gérer. Le réseau existant, à dominante associative, constitue un système d'alerte avancé, performant et doté d'une capacité de réaction et d'adaptation forte.

Mais le revers de la médaille existe également : ce puzzle institutionnel et associatif peut aussi générer des lacunes ou des doublons, et donc des incohérences, ceci quelles qu'en soient les raisons : autonomie et identité de chaque acteur, pluralité des logiques et des approches, diversité des modes organisationnels, ou encore enjeux relationnels.

### 6.2 Du réseau réactif à la perméabilité des réseaux

Le réseau se caractérise toutefois par un point commun : la plupart de ses acteurs sont centrés sur des actions essentiellement réactives, comprenant parfois une dimension curative. Ceci s'explique certainement par la nature des besoins à combler.

Une dimension apparaît actuellement comme très peu présente dans le domaine de la lutte contre les précarités. Il s'agit de la prévention, telle qu'elle se pratique par exemple sur le plan de la santé publique (Planification sanitaire qualitative, PSQ). Des projets se profilent cependant, telle que l'action communautaire de proximité actuellement lancée par la Ville de Genève dans deux quartiers à titre pilote (Eaux-Vives et St-Jean), ou encore certains projets pilotes liés à la PSQ et aux Agendas 21. La mise en place de projets de prévention, insérés dans une politique globale et coordonnée de lutte contre les précarités, nous semble à l'heure actuelle être nécessaire. La promotion effective d'un bien-être social, voire sociétal, est une urgence qu'il s'agit de considérer à sa juste valeur.

Dans cet esprit, et à titre individuel, des passerelles restent à créer entre l'action sociale d'urgence et les actions plus spécifiques (formation, préformation par exemple)

qui sont susceptibles de favoriser la mise en œuvre d'un projet personnel. Il s'agit concrètement de renforcer et développer la perméabilité entre le réseau d'accueil d'urgence, principalement à bas seuil, et les réseaux d'appui spécifique, à seuil d'accessibilité moyen ou haut. Le réseau d'action sociale d'urgence doit en conséquence s'affirmer comme un réseau d'*entrée*, disposant de *sorties*, de *relais* dans d'autres réseaux. En clair, l'autonomie de la personne doit être un but clair et affirmé.

### **6.3 Des goulets d'étranglement importants**

Globalement, nous pouvons constater que l'action sociale d'urgence à Genève fonctionne plutôt bien, avec une capacité qualitative et quantitative de haut niveau. Cependant, de sérieux goulets d'étranglement ont pu être identifiés par le biais de cette étude, dus aussi bien à des facteurs externes (indépendants du réseau) qu'internes (organisation du réseau).

Il n'y a pas de raison de critiquer un acteur du réseau en particulier, dans la mesure où ceux-ci, qu'ils soient publics ou associatifs, semblent fonctionner à plein rendement et de manière aussi performante que le leur permettent les ressources et les contraintes existantes.

Des améliorations sont toujours possibles, mais sans qu'on puisse en attendre des impacts substantiels. Par contre, l'articulation des acteurs du réseau entre eux et leur capacité à se coordonner, ponctuellement ou systématiquement, ne semble pas toujours optimale, avec, à titre d'exemple typique, la question d'une centralisation de l'accès aux denrées alimentaires.

Nous avons cependant identifié des catégories de population ou des problématiques qui méritent une attention toute particulière et urgente (voir les détails aux chapitres 4 et 5), certaines d'entre elles se recoupant partiellement :

- L'accès à un logement, à un hébergement d'urgence pour certaines catégories particulières de personnes
- La coordination et rationalisation du recueil, tri et distribution de nourriture
- La gestion de l'augmentation de personnes en situation de fragilité psychique
- Les femmes, avec ou sans enfants, avec ou sans problématiques conjointes
- Les jeunes en rupture
- Les migrants

#### **6.3.1 Des facteurs externes producteurs de précarités**

Même si nous n'avons pas mené d'étude approfondie sur l'évolution des problématiques sociales et économiques, cette étude, de même que plusieurs autres études récentes citées, montrent une nette augmentation des demandes dans certaines catégories de population, ainsi qu'une complexification croissante de nombreux cas. Ceci pose, bien sûr, la question sensible de l'identification plus fine des facteurs générant la précarité et l'exclusion, et donc du diagnostic sur les aspects de la société qu'il s'agit de remettre en question.

L'accent mis sur la productivité dans un marché du travail aujourd'hui de plus en plus pointu et spécifique ne permet plus aux personnes disposant de qualifications minimales de s'assurer un revenu suffisant. L'absence de normes en matière de revenu minimal et l'extension du travail précaire sur appel ou du travail à temps partiel contribuent largement à produire une précarité économique.

L'intégration des étrangers, et plus spécifiquement le défaut de politique concertée concernant la situation des sans-papiers, construisent des poches de précarités culturelle et économique, ceci malgré l'évidence de l'apport socio-économique de cette catégorie de la population résidente.

La modification sensible du tissu urbain, qui voit progressivement disparaître les logements à coût abordable, est aussi à considérer comme une problématique qu'il s'agit d'affronter. Les logements bon marché, voire les chambres à louer, sont en voie d'extinction à Genève sans toutefois que la population qui en faisait usage ait disparu.

Nous devons encore mentionner une politique familiale embryonnaire, les problèmes d'accès au système de formation, l'effritement des liens communautaires, etc.

#### **6.4 Une nécessité de clarifier la notion d'urgence**

Comme cette étude essaie de le montrer dans le chapitre 7 consacré au cadre conceptuel, il est essentiel de clarifier la notion d'urgence si l'on souhaite améliorer l'action sociale dans ce domaine. L'enjeu n'est de loin pas qu'académique ou rhétorique.

Et, en amont de la notion d'urgence et de la réponse opérationnelle pour la traiter, il est nécessaire de suivre de près l'évolution sociale et les mécanismes qui génèrent précarités et exclusions, en tenant compte surtout de la diversification croissante des profils, des trajectoires et des scénarios. Cette évolution est liée à une modification conséquente des exigences et des conditions implicites ou explicites qui sous-tendent le fait d'être « intégré », et en particulier de l'accès aux ressources individuelles nécessaires (liés aux sphères professionnelle, privée, familiale, associative, etc.).

Face à ces tendances, le système public traditionnel répond par une approche segmentée, administrative et spécialisée, chaque acteur ne prenant en compte qu'une facette de la personne (santé, chômage, logement, etc.) et à un moment ponctuel, sans vision globale ni continuité.

La notion d'urgence est aussi polysémique dans le contexte social, d'où la nécessité de différencier l'urgence événementielle, l'urgence au quotidien et l'urgence d'un processus à enrayer ou à prévenir.

De plus, les agents de terrain, en particulier les assistants sociaux, relèvent la dérive du terme urgence, trop souvent appliquée sous un angle organisationnel (rationalisation des activités, accélérations des délais, diminution des temps d'écoute accordés, surcharge du système, etc.) au mépris de l'urgence « déontologique ».

Dans ce même chapitre 7, il est également démontré qu'il faut différencier les modes d'action entre intervention, accueil, suivi/accompagnement et prévention.

#### **6.5 Un éventail de pistes pour relever les défis**

L'étude propose un éventail de 23 recommandations agissant sur les différents niveaux possibles d'action énoncés ci-dessus : organisation et coordination du réseau, méthodes et modes d'action opérationnelle, types de prestations et gestion de problématiques spécifiques.

En substance, nous postulons que la discussion sur les mesures à prendre s'articulent sur les axes suivants:

- Des réponses spécifiques et urgentes, à mettre en place par les acteurs publics municipaux et cantonaux, en collaboration avec les acteurs associatifs, doivent être trouvées à un certain nombre de problèmes spécifiques décrits ci-dessus.

- Sur le plan de la coordination, le respect de l'autonomie et de la spécificité de chaque acteur ne doit pas constituer un obstacle à la recherche d'une coordination plus poussée. Une coordination d'une partie des acteurs, par problème, dans un cadre cohérent et évolutif et dans une logique de projet, doit être développée. Il paraît également essentiel de favoriser l'échange d'information et d'expériences, que ce soit sur le plan des pratiques et des conceptions ou sur le suivi des personnes faisant l'objet d'un soutien dans le cadre du réseau.
- Il est indispensable de développer une véritable politique globale de prévention des exclusions et des précarités, en prenant en exemple le modèle de la planification sanitaire qualitative, qui pose un diagnostic sur les facteurs préteritnant la santé et met en œuvre des actions concrètes de prévention. Parmi les champs importants à prendre en compte, citons les liens à établir entre le traitement du chômage et le système de formation, ou encore le développement de l'action communautaire. L'intégration culturelle devrait également faire partie intégrante d'une politique de prévention.
- La perméabilité entre l'action sociale d'urgence et les actions d'insertion doit être renforcée par la mise en place de projets communs.

L'action décentralisée et concentrée sur un territoire donné doit également être privilégiée pour permettre aux projets pilote, centrés sur des situations locales et bien définies, de trouver des relais auprès des acteurs associatifs et dans les populations directement concernées.

## 7 Cadre conceptuel

La réflexion sur l'approche adéquate pour aborder ces enjeux, et pour répondre aux attentes exprimées par le Service social de la Ville de Genève (SSVG), doit tenir compte d'un contexte riche à la fois en initiatives diverses, études, contributions aussi bien académiques que pratiques, etc.

Comme annoncé dans notre offre, aborder les enjeux de l'action sociale d'urgence, aussi bien sous l'angle des besoins que des prestations, n'est pas possible de manière cohérente si on ne l'intègre pas dans le contexte plus large de l'exclusion sociale en général. Ainsi on pourra délimiter de manière plus fiable le périmètre effectif de l'action sociale d'urgence, et ses interactions avec des problématiques apparentées.

Le thème de l'exclusion sociale est très présent aussi bien dans l'éventail des activités publiques que dans le débat politique, ou les milieux associatifs, intellectuels et académiques. Il serait vain de vouloir résumer ici cette richesse et cette diversité, mais on peut y voir le signe que ce thème constitue un enjeu majeur de l'action des collectivités publiques, et donc une priorité politique.

En même temps, la persistance de problèmes, voire l'augmentation du nombre de cas relevant, de près ou de loin, d'une problématique d'exclusion sociale, montre que la situation est loin d'être satisfaisante, et qu'il n'existe certainement pas de solution standard, ni pour établir un diagnostic fiable sur les causes et les effets de l'exclusion, ni pour définir des stratégies réellement efficaces.

Avant d'aborder le réseau d'action sociale genevois en détail, il nous semble opportun de préciser le cadre d'analyse dans lequel nous évoluerons. Quatre points distincts sont abordés ci-après :

- Les transformations des politiques sociales
- Les formes de l'urgence et les vulnérabilités
- Les modalités institutionnelles de l'action sociale d'urgence
- Les modalités de coordination entre acteurs

### ***7.1 Les transformations des politiques sociales pour faire face à l'exclusion***

De manière sommaire, il est possible de considérer que les formes actuelles de l'action sociale résultent d'une double série de transformations liées, d'une part, à l'évolution des exigences qui portent sur les politiques publiques et, d'autre part, à l'apparition des analyses des situations de précarité et de pauvreté sous l'angle de « l'exclusion ».

#### **7.1.1 Les nouvelles exigences des politiques sociales**

Les modifications de l'action sociale peuvent se comprendre en partie comme la transcription au niveau des politiques sociales d'un mouvement plus large de « modernisation » des politiques publiques. Ce dernier est caractérisé par différentes transformations du service public afin de faire face à un ensemble d'aspects considérés comme négatifs. On peut citer, par exemple, le manque d'efficacité lié à des procédures trop abstraites et hautement formalisées ou encore la standardisation des prestations qui ne tiennent pas compte de la situation de chacun. On a vu donc

apparaître des notions comme celles d'*usager*, de *contrat*, de *proximité*, etc., qui invitaient à concevoir différemment la manière dont les services publics s'adressent aux bénéficiaires des prestations de l'Etat. De manière plus spécifique, les politiques sociales ont évolué afin d'éviter quatre sortes de dérives : la charité, l'assistentialisme, la déshumanisation et l'« atomisme ». Nous les présentons ci-après en indiquant à chaque fois quelles sont les grandes orientations institutionnelles – les principes ou exigences - qui ont permis de répondre à ces éventuelles dérives des politiques sociales.

Le souci de ces dérives reste présent dans le quotidien des travailleurs et travailleuses sociales, il est donc important de bien comprendre les buts visés par ces nouvelles exigences parfois contradictoires<sup>95</sup>. En particulier, une tension principale va apparaître entre un traitement des personnes en catégories abstraites, qui permet l'égalité entre les bénéficiaires, et un traitement rapproché de chaque situation afin de permettre l'adaptation de l'aide ainsi que la reconnaissance de la singularité des difficultés propres à chacun. L'action sociale d'urgence est prise entre ces deux horizons et ses transformations peuvent être lues comme autant d'efforts pour combiner ces différentes exigences qui, chacune, visent à pallier à certaines négativités. Dans la présentation qui suit, nous les distinguons en fonction du problème éventuel auquel elles répondent et du type de solution qu'elles proposent.

#### 7.1.1.1 *Les prestations comme droit*

La distribution de l'aide commandée par la seule *charité* pose problème car elle dépend de la bonne volonté et du sentiment privé d'un devoir à accomplir (de nature presque religieuse) de celui qui agit. Elle risque ainsi soit de ne pas atteindre toutes les personnes dans le besoin, soit de les humilier en montrant que cette aide ne leur est pas forcément due. Ainsi, pour répondre à ces problèmes, l'aide est constituée en un droit dont il revient à l'Etat d'assurer l'application. Ce détour par le droit permet d'assurer un des buts essentiels des politiques publiques, l'égalité de traitement.

#### 7.1.1.2 *Autonomie et responsabilisation des bénéficiaires*

Une des critiques principales adressées aux politiques sociales dites de l'Etat-Providence, est qu'elles entraîneraient les bénéficiaires des prestations sociales vers un état de *dépendance*. Elles les transformeraient ainsi en « assistés ». Pour lutter contre cette tendance, un ensemble de dispositifs a été introduit afin d'amener les personnes à être plus responsables : contre-prestations, contractualisation, etc. L'idée principale est d'exiger des personnes une posture plus active de manière à leur faire porter une partie des efforts requis pour surmonter durablement les difficultés vécues. Chaque personne est ainsi traitée comme disposant des capacités à se responsabiliser et à se montrer autonome, c'est-à-dire à ne pas faire porter sur autrui ou sur une institution les charges qu'exige d'eux la société (travail, impôts). La personne doit être capable de répondre par elle-même aux attentes de la société. Cette attribution à toute personne de ces capacités spécifiques rejoint par ailleurs la volonté de circonvenir la posture trop asymétrique de la charité. En effet, la personne reconnue comme potentiellement autonome et responsable ne peut pas faire simplement l'objet d'un « traitement » objectif. Au contraire, il convient de respecter sa volonté et de travailler en collaboration avec elle. En dernier lieu, cette attitude permet

---

<sup>95</sup> Il convient de noter que ces différents problèmes et leurs solutions ne sont pas apparus simultanément mais au fil des différentes transformations de l'aide sociale. Davantage qu'une simple succession chronologique, ils entretiennent entre eux des relations de cause à effet. Ainsi, par exemple, ce sont les efforts pour lutter contre l'injustice de la charité qui ont pu entraîner une relative abstraction de l'aide sociale, liée au droit. Du coup, les différentes exigences qui traversent l'action sociale peuvent être contradictoires et demandent alors la mise en place de différents compromis ainsi que tout un travail de composition effectué dans le quotidien des travailleurs sociaux (Breviglieri et al., 2002).



donc de lui conférer une certaine dignité, fondée sur la reconnaissance de son autonomie, qui lui serait retirée à la fois dans la relation de charité et dans celle d'assistentialisme où la personne peut demeurer durablement dans une posture passive.

#### 7.1.1.3 *Relations de proximité et singularisation des prestations*<sup>96</sup>

Comme nous l'avons suggéré, les politiques sociales « classiques » étaient fondées sur la distribution d'indemnités, attribuées en fonction de catégories universelles et abstraites d'ayants droit (Donzelot, Jaillet, 2000). Le caractère *générique* de ces politiques a posé par la suite deux sortes de problèmes. D'une part, l'extension trop grande des catégories d'ayants droit ne permettait pas toujours d'ajuster les prestations en fonction des situations très diverses connues par les personnes démunies. D'autre part, le traitement de chaque personne comme un « cas de plus », un « dossier », était ressenti par bon nombre de bénéficiaires comme une relative « déshumanisation » de la relation d'aide sociale, incapable de reconnaître la singularité de la détresse de chacun. De la sorte, l'action sociale a été amenée à se rapprocher des bénéficiaires afin de pouvoir s'adapter à la diversité des situations de « décrochage » (Cousin, 1996) ainsi que de pouvoir traiter personnellement chaque bénéficiaire. Plus précisément, on peut faire remarquer que c'est éventuellement le souci de prêter attention à la singularité de chaque relation d'assistance couplé avec la volonté de reconnaître chaque personne dans sa relative autonomie qui a amené à s'apercevoir de la diversité des situations placées sous la notion d'exclusion.

Auparavant, le traitement abstrait des dossiers écrasait en quelque sorte cette diversité en la ramenant, parfois avec une certaine violence, à un certain nombre de cas typiques. Ce mouvement de rapprochement peut être résumé sous l'idée d'un *travail social de proximité* qui est une des caractéristiques importantes de l'action sociale d'urgence. La relation de proximité suppose des relations de face à face qui permettent l'attention à des aspects de la personne qui ne sont pas forcément visibles lorsqu'on traite un dossier. De cette manière, le bénéficiaire de l'aide sociale peut être reconnu dans sa singularité, au travers d'une attention prêtée à sa personnalité, sa biographie, ses attaches avec son environnement et d'autres personnes. L'action de proximité est donc amenée à prendre en compte à la fois le parcours de vie de la personne, son réseau relationnel ainsi que son inscription locale. Nous reviendrons plus loin sur les tensions qui peuvent surgir ensuite avec le souci d'égalité de traitement supposé par l'action publique. Par ailleurs, ce rapprochement vers les personnes se fera selon des modalités diverses en fonction du type d'urgence considéré et de la durée de la relation.

#### 7.1.1.4 *Les réseaux d'intervention et l'inscription locale des personnes*

En se développant les politiques sociales ont connu un mouvement de *spécialisation*, la volonté de l'Etat étant de pouvoir répondre aux difficultés de différents ordres qui peuvent menacer l'inscription de chacun dans la société (chômage, problèmes de logement, de nourriture, difficultés familiales, crises psychologiques, etc.). Ceci s'est traduit en une spécialisation des différents acteurs des politiques sociales. Comme cette différenciation professionnelle s'est couplée avec un traitement de plus en plus spécialisé de chaque cas, cela a entraîné un phénomène d'« atomisation » de l'action sociale. Il faut entendre par-là que la personne est traitée « en tranche », sans souci

---

<sup>96</sup> Nous employons le terme de singularisation plutôt que celui d'individualisation car il indique plus précisément une attention à la singularité de chaque personne (biographie, personnalité, attaches, etc.). A l'inverse, l'individualisation peut se faire de manière relativement abstraite comme c'est le cas par exemple d'un numéro de dossier qui individualise sans forcément rendre compte de la densité de la situation singulière de la personne.

de la cohérence de son insertion locale ou encore de son parcours de vie. Cette *atomisation* est renforcée par le fait que les différents acteurs, engagés chacun à traiter une facette du problème, sont peu amenés à se rencontrer. C'est afin de remédier à ces problèmes qu'est apparue la nécessité d'une coordination des différents acteurs qui permettrait d'approcher la personne en intégrant les différentes facettes de son parcours de vie. On rejoint là l'importance d'une action sociale de proximité qui est à même de faire surgir un réseau d'acteurs sociaux engagés autour d'une personne en difficulté considérée dans toute son épaisseur.

Après avoir esquissé ces différentes évolutions qui se font chacune à l'aune d'une dérive et en affirmant contre celles-ci certains principes ou exigences (droit aux prestations, autonomisation des bénéficiaires, singularisation de la relation d'aide, action en réseau), il faut encore examiner l'impact de la configuration des problèmes sous l'angle de l'*exclusion* sur ces nouvelles politiques sociales. En effet, cette notion implique une certaine manière de concevoir les situations de précarité et oriente par-là même la façon dont on doit les confronter.

### **7.1.2 La thématique socio-économique de l'exclusion**

La notion d'exclusion a fait son apparition dans les années 70 en France afin de thématiser de manière nouvelle les situations de précarité (Didier, 1995 ; Boltanski, 1999). Depuis lors, cette notion s'est largement répandue et est devenue la catégorie principale pour adresser les phénomènes de précarité et de pauvreté. Il est permis de penser que si elle a pu prendre cette importance centrale, c'est qu'elle s'accorde avec les transformations plus profondes qui ont affecté la société au cours de ces trente dernières années. En effet, l'évolution du marché du travail et plus largement de l'organisation des relations sociales a été marquée par l'avènement de la notion du *réseau*, qui favorise la mobilité, la flexibilité et l'organisation de l'activité sous la forme du « projet ». Ces transformations se sont faites au détriment d'une société organisée en classes sociales où l'accent était mis sur la stabilité, la loyauté et la carrière (Boltanski et Chiapello, 1999).

#### *7.1.2.1 Réinsérer*

La notion d'exclusion, qui a remplacé en partie celle d'exploitation, laisse ainsi entendre que le problème principal est celui de la possibilité<sup>97</sup> des personnes à se maintenir insérées dans une société qui multiplie les exigences d'adaptabilité et fait des liens constitués une des conditions d'accès à une vie normale et digne. L'exclusion est donc pensée comme un phénomène de « désaffiliation » (Castel, 1995). C'est-à-dire comme un processus de perte d'un ensemble de liens constitutifs de l'insertion de la personne (liens professionnels, familiaux, amicaux, etc.). Cette analyse est tout à la fois *utile* et *problématique* lorsqu'il s'agit d'analyser l'action sociale d'urgence.

#### *7.1.2.2 Prêter attention aux vulnérabilités de l'individu*

L'utilité de la notion d'exclusion réside dans le fait qu'elle met en évidence de nouvelles *vulnérabilités* que peuvent connaître de nos jours les personnes précarisées. En effet, chaque société fait porter des attentes spécifiques sur ses membres et les confronte à diverses épreuves qui permettent de les classer dans l'ordre social. La personne vulnérable est celle qui ne peut pas répondre à ces épreuves et est donc reléguée aux positions les plus basses de la société. Ainsi le faible physiquement serait vulnérable dans une société où l'accès aux différents biens

---

<sup>97</sup> Cette possibilité peut être, suivant les orientations théoriques et idéologiques, une question de capacité personnelle ou encore de position structurelle de la personne.

serait soumis à l'épreuve de la force physique. De même, celui qui ne possède pas de diplômes scolaires est vulnérable dans une société capitaliste industrielle où l'accès au marché du travail est soumis à l'épreuve de la qualification scolaire. Les formes de vulnérabilité sont donc étroitement liées à la manière dont s'organise la société.

La vulnérabilité, en terme d'insertion, telle qu'elle est considérée par l'action sociale aujourd'hui, peut être pensée alors à l'aune de l'organisation du capitalisme en réseau qui exige, on l'a vu, une forte mobilité des personnes et plus largement une capacité à tenir des projets. A défaut de pouvoir agir de manière plus fondamentale sur cette organisation – ce qui pourrait être le sens de l'action d'une politique sociale – il faut alors s'efforcer de réaliser « une égalité des chances de mobilité » en intervenant au niveau de la personne (Boltanski et Chiapello, 1999). Dans cette perspective, on s'efforcera de doter les personnes des capacités à tisser des liens (présentation de soi, disponibilité, promesse), à développer un projet (responsabilité, mobilité), à montrer donc les qualités requises pour prendre part et participer à la société. L'attention au phénomène d'exclusion rejoint alors ici les exigences principales évoquées ci-dessus de l'action sociale : la prise en compte de la manière singulière dont la personne est insérée dans la société (liens, attaches) ainsi que la nécessité de l'autonomiser et de la responsabiliser.

#### *7.1.2.3 Limites de la thématique socio-économique de l'exclusion. Passer de l'individu à la personne*

Toutefois, l'accent mis par la notion d'exclusion sur l'importance de l'insertion peut en partie rendre inattentif à des vulnérabilités qui sont en fait antérieures à celles présentées ci-dessus. Ce sont pourtant ces vulnérabilités qui représentent l'essentiel de l'action sociale d'urgence. En effet, la personne précaire est vulnérable face à des épreuves bien plus fondamentales qui sont celles liées à la possibilité même de poursuivre ou vivre sa vie (se nourrir, se loger, faire face à des crises ou à des situations où sa propre vie est en danger, etc.). Il nous paraît donc important d'effectuer un travail analytique afin de distinguer les différentes formes de vulnérabilité qui peuvent affecter une personne. En effet, les situations d'urgence sont extrêmement variées et vont de l'intervention hors-murs auprès des usagers de drogue jusqu'à l'accueil de personnes victimes de violences familiales en passant par l'hébergement de personnes à la rue.

Ce n'est donc qu'après avoir distingué les principales formes d'urgence et de vulnérabilité ainsi que les réponses institutionnelles qui peuvent leur être données que l'on retrouvera enfin la question de l'insertion ou de la réintégration. Il sera à ce moment intéressant de voir comment un travail qui vise à pallier en urgence à certaines vulnérabilités fondamentales peut ensuite se poursuivre dans un travail de réintégration de la personne en la rendant moins fragile à d'autres épreuves. Ce travail se fait dans le quotidien des travailleurs sociaux et au sein même de la proximité établie par les nouvelles formes d'action sociale d'urgence. Une fois établi ce parcours et la manière dont il peut composer les différentes facettes de la vulnérabilité d'une personne, il sera possible alors de revenir en dernier lieu sur la question de la coordination des acteurs de l'action sociale d'urgence. Il s'agira alors de faire place aux trois niveaux qui constituent ce que l'on conçoit comme une appartenance pleine de la personne à une société démocratique :

- La personne appartient à la société lorsqu'elle est *reconnue comme faisant partie d'une commune humanité avec les autres membres de la société* (elle n'est pas un esclave, une personne considérée comme inférieure, etc.) : d'où l'importance d'un traitement en singularité qui assure la reconnaissance de l'humanité de la personne dans le besoin.

- La personne appartient à la société *lorsque les institutions lui redistribuent une part* : d'où l'importance d'un droit qui offre à chacun, de manière égale, un accès aux biens de la société.
- La personne appartient à la société *lorsqu'elle peut prendre part aux débats et faire part de sa voix* : d'où l'importance d'une attention portée à l'autonomie et à la responsabilité de la personne, à sa volonté et à ses choix.

Après avoir évoqué ces différents niveaux de l'intégration d'une personne dans la société, il faut maintenant passer à l'analyse plus précise de ce qui est menacé dans les différentes situations de vulnérabilités traitées par les institutions de l'action sociale d'urgence.

## **7.2 Les formes de l'urgence et les vulnérabilités qui appellent l'action sociale**

L'apparition d'une Plateforme de coordination contre l'exclusion laisse supposer que ses membres s'adressent, certes de différentes manières, à un même public. Il apparaîtrait donc à priori normal de repartir de ce public visé par l'action sociale (les « exclus ») et d'enquêter sur les maux dont il souffre et qui appellent à un traitement d'urgence. Néanmoins, il nous semble problématique de démarrer directement de l'existence présumée d'un tel public d'« exclus » et de se fonder ainsi sur ce que l'on nomme « lutte contre l'exclusion ». En effet, c'est justement du fait que l'exclusion suppose le rassemblement sous une même bannière de problèmes de nature très différente – qui vont, par exemple, de la lutte pour la survie à la question de la réinsertion dans le marché du travail – que la coordination des différents acteurs est rendue difficile.

Il convient donc de prendre au sérieux cette diversité des niveaux d'action et de voir s'il est possible, en les systématisant, d'ordonner des priorités dans l'action sociale d'urgence ainsi que de coordonner les différentes visées qui peuvent apparaître. Plus précisément, nous proposons de distinguer trois formes principales d'urgence autour desquelles s'organise l'« aide sociale ». Cette exploration permettra de reconsidérer dans un deuxième temps les distinctions usuelles qui couvrent l'éventail des modalités d'action sociale et publique – **intervention, accueil, suivi/accompagnement, prévention**. Car si toutes sont regroupées sous le chapeau thématique de l'« action sociale d'urgence », il est important de s'attarder plus avant sur la caractérisation de leurs structures temporelles propres afin de comprendre comment chacune de ces formes implique à la fois des manières de concevoir et de traiter les différentes sortes de vulnérabilités qui menacent les personnes.

Mais avant d'aborder l'analyse des sources plurielles d'urgence et la diversité des diagnostics et des postures professionnelles qu'elles suscitent, il convient de s'arrêter un moment sur la dénonciation classique du « travail effectué dans l'urgence ». Il y va d'une conception de l'urgence qui, contrairement à ce que nous évoquons à l'instant, s'établit par les professionnels dans une considération critique des contraintes organisationnelles (orientées vers une modalité rapide et efficace de gestion des files d'attente au guichet). Il y aurait donc, du point de vue des professionnels, une « urgence organisationnelle » préjudiciable à leurs activités, celle qui les contraint à accélérer la cadence, et une « urgence déontologique », engageant souvent des attitudes contradictoires à ce que réclame la première, qui induit une préoccupation attentive aux motifs et aux formes de la vulnérabilité.

### 7.2.1 La critique du travail *dans* l'urgence : « urgence organisationnelle » vs « urgence déontologique »

La grande majorité des travailleurs sociaux n'ont cessé de témoigner et de dénoncer cette « urgence organisationnelle » qui, de plus, manifestement, tend à se renforcer avec l'introduction de certains critères de marché dans l'orientation des réformes touchant à l'institution sociale (mettant par exemple le client ou le contrat au cœur des dispositifs professionnels). Dans cette optique, la critique porte sur l'exigence productive et les cadences imposées dans le traitement des cas qui aboutit (i) à des difficultés de coordination entre collègues et avec les usagers, (ii) à des problèmes touchant à la conscience professionnelle (et qui ouvre sur une certaine idée du travail « bien » fait que nous aurons loisir à développer plus tard) et (iii) à des maux relatifs à la gestion difficile du stress et aux situations d'épuisement qui sont occasionnées.

L'empressement du travail *dans* l'urgence est ainsi perçu, pour commencer, en termes d'incertitudes supplémentaires, arrivant dans une configuration professionnelle déjà minée par les effets sur la demande d'aide sociale provoquée par le marasme économique. Incertitudes, car « agir trop vite » c'est le faire sans l'assurance d'un certain nombre d'éléments relatifs au cas envisagé – que cette assurance vienne de l'usager ou des concertations professionnelles préalables. Le cumul d'incertitudes est coextensif d'un sentiment de risque, générateur d'anxiété, qui stimule, mais essentiellement dans le sens de sa mise en péril, la responsabilité de tout professionnel. Autre élément avancé par les travailleurs sociaux, l'augmentation des cadences conduit à ne traiter qu'en « surface » et souvent bâcler la plupart des interventions. Cette situation intervient aux dépens de la considération particulière que certaines réclament, sous-employant et altérant même un savoir faire professionnel qui s'était constitué dans l'exploration approfondie que nécessitent certaines procédures longues d'accompagnement. Enfin, l'accélération des cadences suscite aussi la critique, orientée par la dénonciation des abus gestionnaires et bureaucratiques, de se retrouver réduit à des tâches et formalités administratives. La pression que fait subir cette accélération, la contrainte sur l'action qu'elle impose, déclenchent aussi le sentiment indigné d'être amené à perdre une part substantielle du contrôle qui pouvait s'exercer sur la gestion de sa propre activité.

On pourrait avoir une formule à première vue paradoxale : travailler *dans* l'urgence revient à ne pas bien pouvoir considérer l'urgence de certains cas. Il faut en réalité distinguer, comme nous le faisons précédemment, une « urgence déontologique » (ou une « intervention dont la déontologie impose l'urgence ») d'une « urgence organisationnelle » imposée par les logiques d'efficacité qui finissent par s'installer puissamment dans les administrations publiques. Celle-ci vient souvent s'opposer (dans la forme d'intervention qu'elle réclame et les principes de coordination qui l'impose) à la première, qui va faire fond, précisément, sur ce que le travailleur social estime être un motif d'urgence. Et en définitive, pour celui-ci, *l'urgence n'a d'autres motifs que la vulnérabilité de la personne qui lui fait face*, sans égard principal pour l'efficacité gestionnaire de la procédure qu'il mettra en place.

### 7.2.2 Les topiques de l'urgence

Si communément « l'aide d'urgence » désigne une gamme d'actions qui ne supporte aucune dilatation des délais, car il en irait de la mise en cause de *biens* essentiels (ces biens pouvant être tout autant la vie – « physique », « psychique », « sociale » –, que des droits), il importe cependant de spécifier plus finement ce que cette notion rassemble. La base de la spécification est toutefois là : l'aide d'urgence est celle qui *doit se porter sans délai afin de réduire des maux effectifs ou des menaces qui peuvent impliquer la mise en cause, l'altération ou la disparition de ce qui importe*. Il est possible, dans une certaine mesure, de classer ce qui va importer. En premier lieu,

il s'agit de la *vie* elle-même. On retrouve là les prototypes de l'action d'urgence que sont les pompiers, le « 144 » ou encore la police, autant d'activités où il faut « porter secours ». Ce n'est que dans la mesure où la *vie* se trouve préservée que d'autres aspects peuvent alors être pris en compte.

Il faut également noter que l'aide d'urgence, du moins au départ et dans la première acception du terme, a partie liée avec la reconnaissance d'une incapacité forte. Elle se porterait en effet sur des négativités qui ne peuvent être contenues ou réduites par les seules personnes affectées<sup>98</sup>. Ainsi, le « 144 » est nécessaire lorsque la personne souffre d'un mal ou est exposée à un danger qui rend dérisoires ou insuffisantes ses capacités propres à prendre soin d'elle-même ou de son environnement. On verra plus loin que c'est précisément autour de cette question de la capacité de la personne à faire face par elle-même aux problèmes qui la menacent que vont apparaître des différences entre des actions de secours d'urgence « classique » (Pompiers, Police-secours, intervention médicale) et des actions comportant une dimension d'« aide sociale » plus marquée. Toutefois, avant de considérer cela, nous pouvons maintenant présenter ce qui peut être conçu comme les trois formes principales d'urgence. Celles-ci se distinguent essentiellement par *leur temporalité*. Les différentes formes d'urgence se conçoivent ainsi comme des réponses variables selon que la vulnérabilité en jeu – c'est-à-dire l'effet d'un mal sur la personne – résulte d'un événement soudain, de la difficile satisfaction de besoins quotidiens élémentaires ou encore de processus à enrayer ou à prévenir.

#### 7.2.2.1 L'urgence d'un événement

En premier lieu, comme on l'a déjà évoqué, l'urgence caractérise une action qui fait face à ce qui advient comme *crise* ou comme *rupture*. Elle survient alors pour réagir à ce qui surgit comme un *événement intempestif* sous les figures de l'*accident* ou du *sinistre* (qui peuvent être aussi divers qu'une crise conjugale qui amène subitement une femme à se trouver sans domicile, une irruption de folie, un feu se déclarant ou encore un accident ayant entraîné une blessure). Il s'agit là d'une action qui se déploie selon ce que l'on peut appeler *le temps de l'événement*. L'urgence est constituée par un événement en face duquel la personne est vulnérable, mais d'une vulnérabilité telle, souvent si brutale et inédite, qu'elle excède ses capacités propres de résolution et qui par là requiert la venue d'un tiers à même de porter secours. Le genre de vulnérabilités dont il est question ici concerne essentiellement des *vulnérabilités* que l'on peut dire *existentielles*, soit des maux qui éminemment et immédiatement peuvent menacer jusqu'à la perpétuation de la vie même, ou du moins d'une vie, tant physique et biologique que psychique, que l'on dit normale. Il importe avant tout de préserver la possibilité même de pouvoir continuer à vivre et/ou de jouir de toutes ses capacités *vitales* (motricité, intellection, etc.). C'est là le sens le plus courant de l'urgence et la forme de réponse institutionnelle qui s'applique généralement à ces cas est celle de l'**intervention** qui pare au plus pressant.

Il convient de remarquer que les occurrences de ce genre d'urgence ne concernent le plus souvent pas directement et en propre l'aide sociale. L'on peut même dire que celle-ci sera même d'autant moins concernée que l'événement appelant une **intervention** (policière, médicale ou autre) survient sans que rien de « social » ne l'annonce ou ne le détermine, bref s'il est sans *précédent* ou sans *étiologie* proprement « sociale » (et par là, comme on le verra, il ne pourrait être question de faire de la **prévention**), ou bien encore que le mal qu'il amène a une *portée* bien circonscrite, soit qu'il n'emporte pas un *ébranlement* durable de la personne et qu'il ne

---

<sup>98</sup> En général lorsque l'urgence est déclarée cela coupe court à toute forme d'hésitation sur l'action. De sorte que, parfois, cela peut revenir à soustraire au patient de l'aide la possibilité de discuter le bien fondé de celle-ci. Cela n'est pas sans engendrer une tension avec l'exigence, auparavant évoquée, de prêter attention à la volonté d'une personne considérée comme autonome et maître d'elle-même.

menace pas son insertion dans la société, c'est-à-dire qu'un **suivi-accompagnement** ne se nécessite pas. Si l'on parle d'**intervention** pour qualifier cette modalité du traitement de cette première forme d'urgence, c'est précisément parce que l'action se porte d'*emblée*, sans considération d'une antériorité, et *ponctuellement* sur un problème, sans inscription de l'action dans un avenir et sans considération pour l'entièreté de la personne.

#### 7.2.2.2 *L'urgence au quotidien*

La deuxième forme d'urgence est liée à des *besoins*<sup>99</sup> dont on ne peut pas différer durablement la satisfaction. C'est le cas par exemple de la nourriture, de l'hébergement (d'urgence) ou encore des soins quotidiens. Ces besoins ont ceci de particulier qu'ils sont doublement incompressibles : d'une part, parce qu'ils font partie d'un ensemble de biens élémentaires dont il n'est pas possible ou pas digne de se passer et, d'autre part, car leur satisfaction est exigible de manière quotidienne. Le temps en jeu ici est celui du *quotidien*. C'est en effet au quotidien et quotidiennement qu'il est urgent d'apporter une réponse. De même que l'intervention pour faire face à l'irruption d'un danger qui menace l'intégrité de la vie doit être immédiate, de même il est nécessaire de ne pas conditionner la satisfaction de ces besoins. Ainsi la reconnaissance du caractère incompressible de ces besoins, en terme de survie et de dignité, exige une action qui prend une forme particulière. Cette forme est celle d'un **accueil** inconditionné, autrement dit « à bas seuil d'accès ». Il est possible de considérer que la vulnérabilité liée à l'insatisfaction de ces besoins est elle aussi d'ordre existentiel.

Toutefois, le caractère existentiel de cette vulnérabilité se présente différemment que dans les cas mentionnés ci-dessus. Dans ces derniers, liés à une urgence irruptive, il est question du maintien même des capacités *vitales* de la personne. Au quotidien, par contre, même si les questions vitales sont toujours en jeu, il s'agit plutôt d'assurer le caractère vivable du présent des personnes. L'accueil qui répond aux urgences du quotidien permet avant tout de rendre *vivable* la vie des personnes dans l'urgence. En effet, on peut considérer qu'il est vite invivable pour une personne d'être prise dans un souci de tous les jours pour assurer la satisfaction de ces besoins quotidiens, de n'avoir pas l'assurance du repas suivant, de devoir errer afin de trouver un lieu de repos. Ce qui risque d'advenir alors c'est la perte de la capacité de la personne à prendre soin d'elle, à se maintenir en public de manière « correcte » (Breviglieri, 2002), à s'extirper des tracas quotidiens afin d'envisager le futur et d'élaborer des projets. C'est contre *l'épuisement* ou la *panique* engendrés par cet état que deviennent important alors des lieux d'accueil qui vont permettre à la personne de se poser, de tenir à distance l'urgence de la survie ou encore des tracas qui absorbent la personne dans un immédiat sans passé ni futur (Pattaroni, 2001).

Contrairement aux cas d'urgence événementielle, la vie est ici moins immédiatement menacée. En effet, ce n'est qu'au bout d'un long ajournement de la satisfaction convenable des besoins qu'elle se trouve menacée. On s'aperçoit alors que les vulnérabilités en jeu dans ces cas sont de deux ordres à la fois *existentiel* et *relationnel*. En effet, comme nous venons de le suggérer, la personne absorbée dans une lutte quotidienne pour sa *survie* peut perdre jusqu'aux capacités requises pour entretenir les *relations* attendues avec son environnement. Comme on le verra plus loin, il s'agit en fait à chaque fois d'intervenir de manière à ce que l'urgence la plus incompressible n'advienne pas. Par ailleurs, nous verrons aussi que c'est une fois tenue à distance l'urgence de *l'événement* et du *quotidien* que peut se penser un travail plus ambitieux sur l'avènement et l'institution durable d'une personne à même de mener une vie qui soit sienne et qui réponde aux exigences de participation et de

---

<sup>99</sup> Par besoin il ne faut pas simplement entendre une demande d'ordre purement biologique.

contribution à la société. Toutefois, il s'agit là d'une temporalité plus longue qui renvoie à une troisième forme d'aide d'urgence.

### 7.2.2.3 L'urgence d'un processus à enrayer ou à prévenir

Cette troisième modalité de l'urgence ne se donne pas avec la même évidence que les deux premières. Elle suppose un important travail d'identification et d'objectivation de *risques* ou de *dangers* ou la mise en évidence de *processus* (soit locaux, c'est-à-dire valant pour une personne, soit généraux et impersonnels), en cela on peut dire qu'elle se déploie sur le *temps du processus*. On considère ici que les personnes sont vulnérables face à d'éventuels « glissements » ou « décrochages », soit des *processus prévisibles*, qui pourraient les entraîner dans un mouvement de dégradation durable voire irréversible. Ce sont de tels processus qui généralement sont subsumés sous des notions telles que « exclusion », « désaffiliation » (Castel, 1995). L'appréhension de tels processus commande alors une action consistant à se porter au plus tôt auprès de « publics » spécifiés par leur exposition à ces dangers (« conduites à risques » - usagers de drogues, alcools, etc. - ou « zones de vulnérabilités » - chômage, travail précaire, pauvreté, etc.) afin de prévenir leur réalisation effective – un danger étant une négativité préoccupante qui n'a pas encore atteint un plein déterminisme, il s'agit précisément de s'affairer pour qu'il ne se détermine pas. En ce cas, « l'aide d'urgence » prend alors soit la forme d'une **prévention**, soit la forme d'un **suivi-accompagnement**. Les vulnérabilités adressées par ces deux formes sont d'un ordre plus général et il est possible de considérer qu'elles concernent, médiatement ou immédiatement, la question de l'insertion de la personne dans la société.

L'action de **suivi-accompagnement**, tel que le laisse entendre la notion elle-même, se laisse décomposer en deux mouvements. Le « suivi- » énonce la saisie d'une fragilité et dit une inquiétude quant à la capacité des personnes, inquiétude qui demande la mise en œuvre d'un « -accompagnement » durable, lequel permettrait de réarmer les capacités prises en défaut. Cette modalité d'action, si elle ne se place pas nécessairement d'emblée comme *étape* sur un *parcours* qui se donne la réinsertion comme point de mire, nourrit des objectifs de rangs plus élevés que l'**accueil**. Tout d'abord elle se dote d'un passé, puisque c'est toujours une personne prise dans une *biographie* qui est prise en compte. En outre, l'avenir qu'elle vise est plus ample que le simple « lendemain » que l'accueil tente d'assurer. On retrouve ici le souci d'une action sociale qui considère la personne dans son parcours singulier. Là où l'accueil peut se contenter de s'ouvrir à une personne, et la traiter dignement, sans s'inquiéter de ce qu'elle est ou ce qu'elle sait faire. L'accompagnement, lui, va prendre appui sur un rapprochement, un travail de proximité, afin de faire apparaître ou de consolider des qualités qui pourront être reconnues par la société et constitueront les moyens de son insertion (responsabilité, autonomie).

La **prévention** prend, elle, de multiples visages. Elle peut soit concerner des fragilités qui se développent face à la répétition des épreuves et qui, à la longue, sont susceptibles de menacer son maintien et de l'emporter au voisinage de « zones de vulnérabilité » (Castel, 1995). En ce cas, elle implique une vigilance et la constitution de dispositifs qui s'offrent comme autant d'assurances, de « filets » (selon la métaphore usuelle), permettant d'éviter des « décrochages » ou des embarquements dans un processus de précarisation. Ou alors, elle peut viser directement à encadrer et à veiller des conduites dites « à risques » afin de se garder du pire. Ses incarnations pratiques peuvent alors se distribuer dans une gamme très diverse d'actions : depuis des actions d'information ou de sensibilisation, en passant par des formes d'organisation ou de facilitation, sous contrôle, des conduites jugées « à risque » (cas de la toxicomanie), jusqu'à un travail patient et de proximité qui vise à responsabiliser les personnes qui s'adonnent à de telles conduites. Toutefois, quelles



que soient les formes prises, la **prévention** s'installe sur une temporalité de longue durée ; elle entend agir sur le futur et a toujours le souci de *réduire*, même minimalement, des phénomènes préalablement caractérisés comme des *risques* ou des *dangers* – ce qui l'oblige alors à un important travail de cartographie et de catégorisation, la **prévention** spécifie en effet toujours des « publics » cibles. Autre point commun à ses multiples occurrences, la **prévention** se distingue par la modestie car, plus que de promouvoir un *bien*, elle s'efforce d'éviter des *maux*.

Une fois mieux délimitées les différentes formes d'urgence adressées à l'aide sociale, il faut encore analyser de manière plus précise les formes institutionnelles à même d'apporter des solutions adaptées.

## **7.3 Les modalités institutionnelles de l'action sociale d'urgence**

### **7.3.1 Le propre de l'aide sociale**

Nous avons vu qu'une première forme de traitement de l'urgence est celle de l'**intervention** qui vise à pallier les menaces à la vie entraînée par l'irruption d'un événement malheureux. Cette intervention n'a pas besoin de s'interroger sur le parcours de la personne, sa biographie, ni non plus de s'inquiéter sur la portée de cet événement sur les autres aspects de la vie de cette personne. Finalement elle ne s'attarde pas non plus sur la volonté de la personne et son éventuelle autonomie. A partir de cette description de l'intervention dans sa forme la plus « professionnelle » (police, pompier, « 144 »), il est possible alors de spécifier ce qui va constituer le propre d'une action sociale d'urgence. Pour cela, il faut revenir sur les exigences, exposées dans la première partie du texte, qui accompagnent les nouvelles formes d'action sociale. En particulier, nous avons vu qu'une attention particulière à la singularité de chaque situation de précarité est exigée. C'est ce qui est rendu possible par un rapprochement des travailleurs sociaux vers les bénéficiaires de l'aide sociale, rapprochement qui suppose de porter un autre regard sur la personne. Il est alors fait attention à la biographie de la personne, aux compétences dont elle dispose mais qui n'apparaissent pas immédiatement.

Plus largement, la personne est traitée dans la mesure du possible comme dotée d'une autonomie. C'est là d'ailleurs que surgit un des paradoxes les plus importants de ce travail social de proximité : la volonté de lutter contre l'assistentialisme et la charité amène à traiter les personnes comme responsables alors même qu'elles se trouvent dans des situations où, de facto, du fait de leur vulnérabilité, elles ne peuvent pas se présenter comme autonomes. Du coup, les différents moments institutionnels de l'action sociale d'urgence prennent toute leur importance. En effet, c'est en particulier au travers de l'**accueil** et de l'**accompagnement**, et le détour par une certaine proximité qu'ils rendent possible, que ce paradoxe va pouvoir être surmonté partiellement. L'action sociale doit s'efforcer de combiner l'ouverture la plus grande aux différentes formes de vulnérabilité tout en essayant d'organiser le parcours des personnes vers des formes d'intégration jugées satisfaisantes.

Ainsi, l'action sociale invite à adopter un point de vue plus ample sur une personne, à la considérer à l'échelle de son parcours de vie, et ne pas voir simplement quelqu'un qui a besoin d'un repas, d'une intervention médicale ou encore d'un travail. En même temps, le souci d'une cohérence entre ces différentes facettes ainsi que la trop grande proximité entre les prestataires et les bénéficiaires de l'aide sociale peut aussi entraîner d'autres négativités. C'est pourquoi il est nécessaire d'analyser l'une après l'autre les différentes modalités institutionnelles de l'action sociale d'urgence afin de voir ce qu'elles permettent, ainsi que leurs limites. Il est important de considérer ensemble ces deux aspects car un des risques est de voir la critique accentuer

tellement les côtés négatifs qu'elle fait oublier les exigences qui ont amené à adopter telle ou telle posture. C'est par exemple le cas des critiques portées au travail de proximité qui, ignorant l'importance du rapprochement, n'y voient plus qu'une nouvelle forme de contrôle arbitraire des personnes précarisées.

### 7.3.1.1 *L'intervention*

Nous avons déjà évoqué les formes les plus classiques de **l'intervention** pour répondre à l'urgence d'un événement soudain. Face à ces formes « classiques », il est intéressant de se demander de quelle manière un souci proprement « social », dans le sens évoqué ci-dessus, peut apparaître au moment de **l'intervention**. Une première exigence de l'action sociale qui va amener à modifier le sens de l'intervention est celle de la nécessité de considérer plus largement l'inscription de la personne dans la société. Ainsi, l'aide proprement sociale serait celle qui, dès cette première immixtion, celle de l'intervention, s'efforcerait de penser les *effets* de l'événement sur l'inscription de la personne et essaierait d'agir en considérant cette inscription. Plus concrètement, cela va se traduire par un souci concernant la portée de l'ébranlement relatif à cet événement. En effet, une personne, par exemple, qui ne possède pas de liens familiaux ni même amicaux se trouve fort démunie à la suite d'un incendie qui a ravagé son appartement. Dans un autre registre, les personnes réagissent de manière très différente face à un événement traumatique. Dans ces deux cas, la question se pose d'un suivi de la personne qui démarrerait immédiatement après l'événement malheureux.

Si les intervenants professionnels comme les pompiers ne sont peut-être pas directement équipés pour effectuer ce suivi, il est important qu'ils puissent travailler en relation avec d'autres spécialistes à même de l'effectuer. C'est ainsi qu'on a vu se mettre en place des cellules de suivi psychologique après certaines catastrophes. On voit néanmoins ici qu'il s'agit plutôt d'un travail de coopération entre ceux qui doivent intervenir sans délai, et souvent sans pouvoir établir un dialogue avec la personne, et ceux qui pourront dans un deuxième temps accueillir la personne sur une durée plus longue en lui laissant la parole afin de voir apparaître les conséquences du drame.

Toutefois, ce souci de respecter la personne en la présumant capable de choisir ce qui lui convient, essentiel dans la déontologie du travail social actuel, peut développer ses effets directement au moment de l'intervention en urgence. C'est le cas, par exemple, où, lors de tournées effectuées pour recueillir des SDF et les amener à un abri, un dialogue s'instaure afin de savoir si la personne désire venir avec ; le cas échéant on respecte son choix et on la laisse dehors. Contrairement à des interventions traditionnelles plus directives où le SDF pouvait se voir embarqué d'office, il est fait preuve ici d'un souci de respecter ses choix. Néanmoins, si la personne est vraiment en danger, à ce moment-là, on ne lui laissera plus le choix. On voit donc ici l'importance d'un travail de composition entre une logique de l'intervention qui doit parer au plus pressé sans pouvoir s'inquiéter des désirs de la personne (auxquels dans la plupart des cas elle n'a pas accès vu les circonstances) et le maintien d'un souci réflexif tout au long de l'action qui amène à faire attention à la violence potentielle de l'intervention.

À partir de ces deux exigences que l'on pourrait dire proprement sociales, souci de la portée de l'ébranlement et attribution à la personne d'une capacité relative à savoir ce qui est bon pour elle et ce qu'elle peut supporter, on voit alors se dessiner un certain nombre de critiques qui sont fréquemment faites aux **interventions** d'urgence. Premièrement, l'intervention est vue comme trop ponctuelle et trop spécialisée. On lui reproche d'être le fait de spécialistes qui n'ont pas de souci de ce que vit la personne ainsi que d'être trop limitée dans le temps et donc de ne pas pouvoir **prévenir** d'autres

occurrences<sup>100</sup>. Deuxièmement, on l'accuse d'être trop autoritaire, c'est-à-dire de ne pas prêter attention aux désirs des personnes, ni non plus à leurs attaches. Si l'on revient sur l'idée que l'urgence se déclare en fonction d'un bien important à préserver, il convient alors de s'interroger et de se demander pour *qui* il importe d'intervenir : est-ce pour la personne<sup>101</sup>, pour l'intervenant ou encore pour la communauté environnante. En effet, de nombreuses interventions semblent plutôt se faire pour préserver l'environnement que la personne elle-même. C'est le cas, par exemple, des interventions policières qui chassent les usagers de drogue de certains secteurs non pas pour leur bien mais pour celui des autres usagers du lieu.

Face à ces critiques, il est important de toujours garder en vue les exigences propres d'une intervention en urgence. En effet, l'**intervention** vise le plus souvent à interrompre ou à réduire un mal circonscrit, mal qui excède les capacités de la personne à faire face et qui de ce fait donne à ces actions un caractère de prise en charge *vigoureuse*. Les qualités de l'action d'**intervention** tiennent précisément au fait de pouvoir et de savoir se porter sans délai auprès des personnes pour traiter sur le champ un problème qui appelle une réponse énergique.

Cette modalité d'action devrait toutefois ne pas se voir étendue au-delà de *maux* à circonvenir sans délai, tels des *accidents*, des *sinistres* ou des *crises*. De même qu'il importe de rappeler que la forme typique du genre d'urgence à laquelle une **intervention** doit répondre n'est pas immédiatement de la compétence de ce vaste champ que l'on nomme « social ». Elle peut toutefois le devenir soit par une considération de l'amont de l'événement, il s'agit alors de se garder de la survenue d'un tel événement en engageant des actions de **prévention**, soit par une considération de l'aval de celui-ci en s'efforçant de faire en sorte, par des actions de **suivi-accompagnement**, qu'il n'emporte pas un effondrement généralisé ou durable de la personne. Avant de considérer ces deux autres formes institutionnelles, il faut s'attarder sur la question de l'accueil qui occupe, à notre avis, une place fondamentale dans la transition d'un souci pour le bien-être des personnes précarisées vers une volonté de leur permettre une réinsertion dans la société. C'est là que peut s'amorcer le basculement entre la stabilisation des personnes dans certains modes de vie relativement en marge de la société et leur intégration plus forte.

### 7.3.1.2 L'accueil

L'accueil est le moment charnière qui va permettre, de par ses caractéristiques, le développement d'un travail de proximité. En effet, du fait des exigences de bas seuil d'accessibilité, la personne peut être accueillie dans sa singularité. C'est-à-dire, qu'elle arrive dans ces lieux avec ses dépendances et son histoire (alcool, drogue, traumatisme, problèmes psychiques). Il ne lui est pas demandé de tenir un rôle, de se présenter de manière particulière. Il ne lui est d'ailleurs pas non plus demandé de révéler son histoire ou ses problèmes : on l'accepte « telle qu'elle se présente ». Cette exigence de ne pas faire violence de prime abord à celui qui vient peut d'ailleurs entraîner de nouveaux problèmes pour les institutions. C'est le cas, par exemple, des difficultés rencontrées pour accueillir des jeunes avec leurs chiens. L'exigence d'un travail social respectueux des personnes et de leurs attaches va entraîner la nécessité de composer avec ces jeunes, en essayant de ne pas les séparer de leurs chiens. L'institution est ainsi amenée à adapter ses réponses plutôt que d'adapter les personnes à ce qu'elle veut faire d'elles.

---

<sup>100</sup> L'usager de drogue est ramassé dans la rue puis ensuite abandonné à nouveau jusqu'à la prochaine fois où il aura besoin d'une intervention en urgence.

<sup>101</sup> Le bien de la personne peut toutefois se décliner de deux manières : d'un côté, on peut se soucier de son bien appréhendé de manière objective (santé médicale, abstinence, logement « décent »), de l'autre, on peut lui laisser la possibilité de le définir de manière plus personnelle (squat, usage stabilisé de la drogue, etc.).

Cette suspension (momentanée) des exigences portées par l'institution sur la personne<sup>102</sup> permet dans un premier temps de ne pas forcer la personne à se détacher de ce qui forme son inscription dans un environnement local et compose sa biographie (fréquentations, attachement à des lieux, usage de produits divers). On voit ici un renversement important de la perspective du travail social, lié aux nouvelles exigences qui portent sur lui. En effet, autrefois ces attaches diverses étaient d'emblée lues comme négatives, caractérisées comme des « vices », des « mauvaises fréquentations », des « habitudes mauvaises ». Le rapprochement caractéristique du travail de proximité ne pouvait s'opérer puisque la personne était tout d'abord arrachée à ses « dépendances », puis rapidement traitée de manière abstraite sous la forme d'un dossier autour duquel s'accumulaient des prestations plus ou moins standardisées qui contenaient le plus souvent une dimension disciplinaire.

Par la volonté de maintenir des bas seuils d'accessibilité, l'action face aux urgences du quotidien n'implique donc pas immédiatement une volonté de transformer les personnes. Une qualité importante de ces lieux est donc leur disponibilité face à des personnes très diverses. C'est là une première manière de restituer une dignité aux personnes exclues en leur laissant la possibilité de faire usage d'un lieu sans les soumettre aux exigences d'un programme de réinsertion. On laisse à la personne la possibilité de venir quand elle veut, pour ce qu'elle désire ou souhaite. Cette marge de liberté laissée à la personne revient à la considérer comme déjà dotée d'une certaine autonomie, d'une volonté propre à respecter les lieux. On retrouve là l'exigence d'une action sociale capable de *faire crédit* aux personnes de la possession d'un certain nombre de capacités, de leur accorder la dignité d'une relative autonomie.

Il faut néanmoins noter que l'autonomie dont il est question dans ces lieux est passablement éloignée de celle exigée par la réinsertion qui suppose des capacités plus marquées comme celles de s'engager sur la durée, de respecter des horaires plus stricts, de tenir des rôles formalisés (règlements de travail par exemple). L'accueil vise des vulnérabilités fortes, existentielles et relationnelles, c'est pourquoi il ne peut pas être trop conditionné et doit pouvoir fonctionner comme une réponse dans l'urgence qui s'organise autour du temps propre de la personne (elle doit pouvoir venir « se poser »). Ce n'est qu'une fois l'urgence tenue à distance que la personne peut alors s'engager dans un travail d'un autre ordre qui viserait son intégration.

Ce travail de **suivi-accompagnement** se trouvera facilité par le genre de relation qui peut s'établir au gré de la durée dans ces lieux d'accueil. Elle peut être caractérisée comme relation relativement *familière*, c'est-à-dire qu'un certain socle de familiarité s'établit dans la durée entre les travailleurs sociaux et les bénéficiaires de l'accueil. Ceux-ci sont connus de manière personnelle, ce qui permet ensuite au travailleur social de pouvoir traiter l'usager avec l'exigence, mais aussi l'égard d'un proche (préservant sa susceptibilité, proposant des activités qui lui plaisent, l'engageant fortement dans la relation personnelle etc.). Cette relation de proximité peut constituer une base importante pour développer un véritable **accompagnement** capable de respecter et de valoriser les particularités de chacun. Toutefois, cet accompagnement ne va pas négliger l'idée qu'il faut « transformer » la personne : on basculera alors dans une relation plus normative qui peut entrer en conflit avec la logique, décrite ci-dessus, d'un accueil respectueux des particularités de chacun. Cette tension peut mieux être comprise si l'on considère les critiques qui peuvent être portées sur les lieux d'accueil ainsi que sur les bénéficiaires des prestations qu'ils proposent.

---

<sup>102</sup> Il existe néanmoins toujours des exigences minimales qui visent à permettre la cohabitation des personnes dans les lieux d'accueil. Ces exigences se présentent sous la forme de règles minimales à respecter comme, par exemple, l'interdiction de la violence, de drogues dures, d'alcools forts, etc.

Comme ces lieux ne posent pas immédiatement des exigences quant à la réinsertion des personnes qui y viennent<sup>103</sup>, il se peut très bien qu'elles se stabilisent dans la durée sur un mode qui peut apparaître insatisfaisant pour ceux qui ont le souci de rendre indépendantes ces dernières. On voit à ce moment apparaître la figure critiquée d'un bénéficiaire « passif-dépendant ». Cette figure s'oppose à celle visée, on l'a vu, par les politiques contemporaines de réinsertion qui s'efforcent de produire une personne « active » et « indépendante ». Les lieux d'accueil pourraient être alors critiqués dans la mesure où ils ne feraient que contribuer à stabiliser des personnes dans des états de dépendance.

Une autre figure problématique apparaît en relation avec les lieux d'accueil et plus largement les différentes prestations fournies dans les lieux d'urgence. Cette figure est celle d'un « actif-profiteur ». Dans ce cas, la personne ne pose pas de problème de passivité mais, au contraire, elle est vue comme profitant activement, mais de manière indue ou sous le mode de l'exagération, de certaines prestations (nourriture et/ou hébergements gratuits ou très bon marché, etc.). Le problème qui se pose ici est la question du contrôle de l'accès à une politique subventionnée de redistribution de certains biens. La volonté de ne pas enquêter sur les bénéficiaires empêcherait ainsi la possibilité même de distinguer entre différentes sortes d'ayants droit.

S'il est important de prendre au sérieux ces critiques, qui posent d'un côté le problème de la réintégration et de l'autre celui de l'équité d'une politique sociale, il faut faire attention à ce que leur déploiement ne fasse pas disparaître le sens propre de ces lieux d'accueil. En effet, nous avons vu que, pour qu'ils puissent apporter une réponse adéquate aux vulnérabilités qu'ils adressent (mise à distance de l'urgence du quotidien qui absorbe les personnes dans des états de paniques ou de tétanies), ils doivent s'efforcer d'accueillir les personnes dans leur singularité et sans enquêter sur leurs raisons. A la limite, il est possible de considérer que la question des deux figures problématiques que l'on vient d'évoquer *ne devrait pas* se poser dans ces lieux, où en tout cas pas immédiatement. Il s'agit alors de trouver un équilibre à même de permettre et de reconnaître l'importance de tels moments d'accueil tout en ne fermant pas la possibilité d'une évolution des personnes et le basculement vers un **suivi-accompagnement**.

Nous reviendrons dans la dernière partie du texte sur cette question. Nous pouvons dire néanmoins que ce souci est présent dans les lieux d'accueil. En effet, par exemple, face à d'éventuels traitements de faveur liés à la sympathie provoquée plus naturellement par l'un ou l'autre des bénéficiaires, des colloques fréquents permettent de s'interroger sur les « répulsions » et les « attirances » et de compenser ici d'éventuelles attitudes arbitraires qui pourraient naître des relations familiales. On voit ici l'effort consistant à gérer professionnellement des relations de proximité face à l'éventuel écueil d'une inégalité de traitement. Par ailleurs, contre la possibilité d'une stabilisation durable des personnes ou l'absence d'incitation à évoluer vers des formes plus exigeantes d'intégration, les lieux peuvent offrir des ressources pour un accompagnement plus soutenu ou encore travailler en relation avec des institutions plus exigeantes.

### 7.3.1.3 *Le suivi-accompagnement*

La nécessité d'un **suivi-accompagnement** apparaît lorsque l'on prend au sérieux la distance qui existe entre l'autonomie et la responsabilité – exigées par la société si l'on veut être intégré à part entière – et les vulnérabilités qui menacent cette autonomie. En suivant Ricoeur, on peut distinguer trois grands ordres de vulnérabilité qui affectent la personne dans ses capacités :

---

<sup>103</sup> Exigences qu'il serait incongru de poser face à des personnes dont il s'agit d'abord de traiter les vulnérabilités, d'ordre existentiel ainsi que relationnel, les plus basiques.

- à parler (se présenter, se justifier, se raconter, se mettre en valeur) ;
- à agir (s'engager, tenir une promesse, être régulier, etc.) ;
- à se conformer à un ordre formel (tenir un rôle, payer ses impôts, participer comme citoyen, etc.). (Ricoeur, 1997).

Il s'agit là plus directement des vulnérabilités qui affectent la personne dans son intégration. Nous avons suggéré à plusieurs reprises que les personnes dans un état de précarité, qui nécessitent des actions d'urgence, se trouvent être parfois dans des états de vulnérabilité existentielle qui ne permettent pas d'envisager même la possibilité de réaliser convenablement ces capacités. Néanmoins, il ne suffit pas simplement de répondre à ces vulnérabilités existentielles pour faire advenir une personne autonome capable de s'insérer, par elle-même et durablement. Plus précisément, l'accès aux ressources distribuées par l'action sociale (nourriture, hébergement, argent, travail) n'implique pas de manière automatique l'apparition d'une personne capable de se plier aux épreuves de l'insertion. Ce sont certes des « supports » de l'autonomie mais il faut encore, pour certaines personnes, tout un apprentissage de la manière dont il peut être fait usage de ces supports pour qu'ils permettent véritablement l'institution de cette autonomie recherchée. Plus largement, il va s'agir ici de tout un travail d'autonomisation et de responsabilisation de la personne dans ses relations à son environnement et aux autres individus. La figure de l'individu autonome et responsable n'est pas une figure naturelle et elle suppose, pour tout un chacun, un certain nombre d'appuis matériels et relationnels et l'apprentissage d'un certain rapport au temps et à l'autre.

Nous ne pourrions décrire ici précisément tout ce travail mais celui-ci nécessite en tout cas l'établissement d'une relation de proximité entre le travailleur social et le bénéficiaire de l'aide. Ce n'est qu'à la condition de cette proximité que va pouvoir s'établir la confiance nécessaire, par où peut se réarmer l'estime d'un soi blessé et indigent, ainsi que l'attention singulière qui va permettre un travail sur l'usage d'une « ressource ». C'est ainsi qu'un lieu d'hébergement peut devenir au fil des mois le lieu où une personne apprend à classer ses papiers administratifs, à s'organiser pour respecter ses rendez-vous ou les exigences d'un horaire de travail, etc. Un des outils majeurs de cet apprentissage est bien entendu le contrat qui a fait son apparition ces dernières années dans les lieux les plus divers. Un des intérêts du contrat, c'est le fait qu'il permet à la fois un rapprochement et une adaptation du travail social à la situation singulière de chaque bénéficiaire et la possibilité de maintenir une certaine distance afin d'éviter que la relation échappe à toute possibilité d'évaluation et de cadrage.

En effet, dans le cadre de **l'accompagnement**, la relation est orientée vers certains buts et ne peut pas se contenter de se clore sur un accueil qui dispense soin et sollicitude. En effet, si la sollicitude, soit un soin accordé à la fragilité d'autrui saisi dans sa vulnérabilité, est une composante importante de l'accompagnement, celle-ci ne doit pas s'abîmer dans un *don pur*, sans souci de son effet et sans contrepartie. Si la relation d'accompagnement ne devient plus qu'une relation de sollicitude, elle se trouve alors menacée de basculer à nouveau dans une simple relation *d'assistance* durable. Il est donc aussi important d'éviter de reconduire ou de faire perdurer *l'asymétrie* qui a amené le geste de sollicitude. A l'horizon de cette forme de sollicitude, ce qui se voit donc visé, c'est l'édification d'une personne qui soit en mesure de *rendre* le soin apporté – au minimum de se le rendre à elle-même<sup>104</sup>. Le contrat peut alors jouer un rôle important. Il permet à la fois d'encadrer l'attention

---

<sup>104</sup> On reprend la thématique de la sollicitude qu'opère Paul Ricoeur qui se refuse à la réduire à la charité tout en la distinguant de la solidarité. Il propose en effet “ un concept englobant de sollicitude basé fondamentalement sur l'échange entre donner et recevoir ” (Ricoeur, 1990, 220).

portée, de mutualiser les engagements et de créditer d'emblée le contractant « accompagné » des capacités qui font de lui un être digne (responsabilité, volonté). Plus précisément, le contrat permet d'élaborer des objectifs qui pourront faire l'objet d'évaluation. De la sorte, la relation se trouve encadrée dans la durée et se formalise.

C'est ainsi que, petit à petit, peut se construire un parcours qui devrait mener la personne vers une autonomie plus grande où il ne sera plus nécessaire de l'accompagner pour qu'elle réalise ses projets<sup>105</sup>. Bien entendu, ce travail est extrêmement délicat et l'accompagnement est toujours menacé de basculer soit vers des formes d'assistantialisme simple, où la personne se décharge de ses responsabilités sur un « tuteur », soit vers des formes trop exigeantes, où la personne n'arrive simplement pas à répondre aux attentes qui pèsent sur elle. Le contrat participe donc des nouvelles formes de professionnalisation des relations d'aide de proximité qui cherchent à combiner la nécessaire attention à la singularité de l'autre, la reconnaissance de l'importance de la sollicitude et les exigences d'une action juste et efficace (respect des droits et volonté de constituer l'autonomie du bénéficiaire, souci d'éviter la charité et l'assistantialisme, équité des traitements). Toutefois, cet usage extensif du contrat n'est pas exempt de toute critique. En effet, la généralisation de cette forme peut entraîner certains effets pervers.

Tout d'abord, comme la contractualisation suppose des capacités relativement importantes, son extension à des lieux où les personnes sont réellement démunies, au point de ne plus se sentir (ou de ne plus être) capable, posent problème. Elle amène à contractualiser sur des objectifs de plus en plus minimaux – comme d'effectuer un appel téléphonique, venir au prochain rendez-vous – avec des formes d'évaluation de plus en plus souples. Du coup, la frontière entre un accueil moins exigeant et un travail de recomposition des compétences des personnes tend à disparaître. Cette disparition entraîne alors la généralisation d'une évaluation fondée sur la responsabilité (respect du contrat) et ne permet pas la simple reconnaissance de la personne comme être humain digne de sollicitude, et comme un être de besoin, sans attente de contre-partie et sans conditions. Les personnes sont amenées à devoir toujours faire preuve d'un minimum de responsabilité, alors même que la plupart d'entre nous disposons de lieux, de relations moins exigeantes qui nous permettent de différer les responsabilités, de nous replier pour exister momentanément sans la charge d'attentes à réaliser.

Par ailleurs, il est un paradoxe du contrat qu'il convient de signaler. S'il signe une responsabilité mutuelle, il déclare dans le même temps une forte défiance et annonce un soupçon quant à la capacité de la personne à tenir parole et à réaliser une promesse. Ainsi, le simple fait d'amener la forme du contrat dès le début d'une relation peut être particulièrement mal vécu et parfois lever un fort sentiment d'humiliation.

De manière plus générale, ces critiques adressées au contrat soulignent la normativité introduite par les objectifs du **suivi-accompagnement** qui visent à réinsérer les personnes en les conformant au modèle attendu par la société actuelle. Nous reviendrons plus en détail sur cette question quand nous analyserons les tensions entre les efforts de stabilisation des personnes marginalisées et le souci de leur intégration. Avant cela, il faut encore considérer la question de la **prévention** comme modalité de l'aide sociale d'urgence.

---

<sup>105</sup> Par ailleurs, il faut noter que le contrat permet aussi de limiter l'engagement et la responsabilité de celui qui aide. Il fournit un dispositif qui arrête le souci de l'aidant et lui évite ainsi de s'abandonner à une responsabilité illimitée pour cet autre vulnérable et fragile dont il a la charge.

#### 7.3.1.4 La prévention

La **prévention** renvoie aux efforts entrepris pour éviter que les personnes basculent vers des situations où les autres formes d'aide d'urgence deviennent nécessaires. Elle suppose, comme nous l'avons vu, de pouvoir identifier des processus de « décrochage » ou de « glissement » ainsi que des « conduites à risque ». Ce niveau d'action sociale oblige à la fois de pouvoir ramener la personne singulière à des « groupes » ou des « parcours » identifiés comme problématiques et, à la fois, de considérer tout de même chaque personne dans son inscription individuelle. La combinaison de ces deux exigences peut se faire au travers d'une vigilance exercée par des personnes proches de ceux qui sont menacés de tels dérapages. On retrouve là l'importance d'une action sociale qui se développe au niveau de l'insertion locale des personnes précarisées. En effet, ce n'est qu'à ce niveau, par le biais d'un suivi par un travailleur social, ou de tout autre individu entretenant des relations régulières avec la personne que l'on pressent menacée, que certains indices peuvent être relevés (sur-consommation d'alcools, disparition du lieu de travail, solitude accrue, problèmes familiaux, etc.). Cette attention à ces indices pose néanmoins un certain nombre de problèmes.

Tout d'abord la constitution même des indices est problématique. En effet, elle suppose de délimiter des « parcours d'exclusion » ainsi que des « populations à risque ». Cette délimitation, si elle se généralise et se systématisé, pose le problème de nouvelles formes de stigmatisation où les personnes sont directement soupçonnées d'être dans des modes de vie problématiques. Par ailleurs, elle risque aussi de rendre aveugle à d'autres évolutions qui pourraient se révéler tout aussi dangereuses pour les personnes. L'attention peut devenir par trop ciblée.

Ensuite, une fois les indices constitués et acceptés, un autre problème survient : celui d'une vigilance trop grande. Le souci de la désinsertion peut alors devenir une forme de contrôle abusif où chaque écart est soupçonné de manifester le début d'un engrenage négatif (« il file un mauvais coton »). On a rappelé dans la première partie que l'intérêt de faire appel au droit résidait en partie dans la constitution d'une certaine distance entre l'administration publique et les bénéficiaires de l'aide, distance qui disparaît dans un souci trop marqué pour l'évolution de la vie de l'autre.

Face à ces critiques importantes, il faut tout de même souligner l'importance et les apports des politiques de **prévention**. On peut prendre l'exemple des politiques sociales de prévention à l'égard de la question des drogues. Tout d'abord remarquons le profit éthique du passage de la caractérisation des patients de l'action publique comme « drogués » à leur qualification en tant qu'« usagers de drogues ». Dans ce passage, on voit apparaître une certaine distance entre la personne et ses « conduites » ou « pratiques » qui se voyaient auparavant d'emblée décrites comme vices moraux ou pathologies et entraînaient de fait une disqualification immédiate de la personne. La notion d'« usager de drogues » représente alors une formule qui n'implique pas une caractérisation forte, écrasant toute singularité – à commencer par la singularité de rapports différenciés et personnels aux produits. En outre, cette même formule s'offre comme un habile résumé de l'horizon de la prévention : arriver à ce que la personne sache, dans un premier temps, mettre à distance le produit à toute fin de le « gérer », c'est-à-dire d'en faire usage d'une façon qui ne l'expose pas à une vulnérabilisation irréversible. On parle alors de politique de « réduction des risques ». Ainsi la prévention s'accorde bien avec des politiques qui visent à faire crédit et à restituer à la personne une certaine autonomie, et cela même lorsqu'il en va de situations où les personnes sont aux prises avec des objets ou des produits comportant d'importants risques de dépendances.

Plus généralement, il est possible de considérer que la prévention est essentielle dans la mesure où elle introduit des considérations temporelles plus amples et permet ainsi d'insérer l'action sociale d'urgence dans des politiques sociales plus larges. En effet,



la prévention nécessite, comme on l'a souligné, le détour par le droit pour identifier les processus et les catégories pertinentes, elle permet alors de considérer la lutte contre les vulnérabilités relatives à la précarité comme un problème de société plus vaste qui appelle à des choix politiques importants. C'est avec la double question de la prévention et de l'intégration qu'en dernier lieu pourront se poser des questions portant sur la forme à donner aux politiques sociales : faut-il faire peser la charge de l'insertion sur l'individu, le marché, les communautés ? Faut-il mettre à l'écart tels groupes de personnes en fonction de leur pratiques, de leurs caractéristiques ? La liste des questions est longue. Elles devraient apparaître autour de la nécessaire coordination des différents niveaux qui concernent l'action sociale d'urgence et qui vont de la singularité absolue d'une personne souffrante qu'il faut sauver ou accueillir sans conditions à l'élaboration de politiques de prévention ou d'accompagnement qui visent le maintien des personnes dans la société.

## **7.4 La coordination entre les différents acteurs de l'action sociale d'urgence**

### **7.4.1 Retour sur des différences et description d'une série de tensions**

À l'issue de ce parcours il est vraisemblable que l'on puisse arriver à mieux comprendre d'où surgissent les problèmes de coordination susceptibles de se poser entre les différents partenaires de la Plateforme dite de lutte contre l'exclusion. Pour partie, ceux-ci sont liés aux trois faits suivants : soit que les différents acteurs agissent (1) selon des horizons temporels de plus ou moins grande amplitude, cela pour répondre (2) à des ordres de vulnérabilités différents, et qu'en outre (3) ils adressent la personne sous différentes facettes. Avant de voir comment ces différences peuvent être rassemblées autour de *trois lieux de tensions*, il n'est pas inutile de déployer une dernière fois la gamme des dissemblances en un résumé synthétique.

Comme nous l'a montré l'exploration sémantique du lexique de l'urgence, il est trois grands genres topiques de l'urgence. Chacun de ces genres est apparié, de manière stable, à des modalités d'action qui lui répondent.

- En premier lieu, l'urgence caractérise des *maux* à circonscrire sans délai, car il en va des capacités vitales, de l'intégrité physique et morale d'une personne ou encore de celle de son environnement, des maux se présentant sous les formes soudaines de l'accident, du sinistre ou de la crise.
- En second lieu, l'urgence se dit de *besoins* « quotidiens » ne pouvant être, sans dommages, durablement différés ou oblitérés, et qu'il convient de satisfaire. L'urgence consiste alors en une action qui, sans cesse, cherche à parer à des indigences se réitérant.
- En un troisième lieu, l'urgence renvoie à des *dangers*, des *risques* à contenir ou bien encore des *propensions* à enayer. Elle se spécifie alors soit comme un souci quant à la portée d'accidents, de sinistres ou de crises, soit comme gestion de « conduites à risques », soit comme vigilance et soutien apportés à l'égard de personnes menacées par des « zones de vulnérabilité ».

A partir de ces distinctions, il est possible de mieux cerner les enjeux du travail social lorsqu'il cherche à répondre à ce que l'on nomme de manière très générique l'urgence, en confondant souvent ces différentes figures. En particulier, il nous semble que cette analyse a permis de constater que l'élément constitutif de chacune des grandes réponses institutionnelles à « l'urgence » est principalement un rapport spécifique au temps.

Ainsi l'**intervention** est commandée par le temps de *l'évènement*, elle consiste à se rendre disponible et à rendre disponible des savoirs et des habiletés techniques spécialisés dans un *pur* présent.

L'**accueil** quant à lui consiste à se rendre disponible et à rendre disponible, à *quiconque* se trouve présent sur les lieux du dispositif, un ensemble de biens élémentaires et une attention bienveillante dans un présent *quotidiennement réitéré* et possiblement *réitérable* – c'est à dire que l'accueil valorise un présent fait de *besoins* à satisfaire sans inscrire les occurrences de soins apportés sous une temporalité longue, sans les conditionner et sans poser de termes (termes d'un contrat ou délimitation d'une période d'aide) à l'usage offert et aux biens rendus disponibles.

L'**accompagnement** se produit en visant l'institution d'un être capable (au minimum capable, à l'avenir, de se passer d'un tel accompagnement) ; en cela on peut dire qu'il est le temps de *l'avènement*. Plus seulement une action qui laisse le patient dans un état de passivité, l'accompagnement est une forme d'action qui exige de lui certaines attitudes actives. Il peut être décrit, pour le comparer aux deux précédents, comme le fait de rendre disponible, à celui qui résidera dans une relation encadrée, une attention qui est commandé par *l'horizon d'un futur proche* (celui de la réalisation des engagements déposés dans le contrat) et qui *garde mémoire du passé*.

Puis, vient la **prévention** et ses multiples formes. Quelles que soient celles-ci, remarquons que la temporalité pertinente se trouve allongée puisque elle est convoquée par la crainte d'un *indésirable futur* (un futur rendu prévisible et des négativités spécifiées car la prévention a, comme on l'a dit, partie liée avec la caractérisation de *risques*). De la sorte, la prévention peut éventuellement concerner des personnes sans que celles-ci ne se voient *encore* pleinement affectées par les maux qui entraînent les trois autres modalités d'aide sociale d'urgence.

Chacun de ces genres se déploie donc dans des *temporalités* propres pour contenir des *vulnérabilités* différentes. Par-là, ils ne prennent en compte, et n'entendent traiter, que certaines *facettes* des personnes. Cela ne poserait guère de problèmes si ces genres rencontraient des formes d'articulation ou de composition satisfaisantes. C'est d'ailleurs cette question qui se trouve au cœur du mandat. Pour cette raison, et parce que notre propre thématization semble dessiner une articulation et un chaînage des diverses actions en la forme d'un *parcours*, l'on questionnera la tension qui se fait jour entre une articulation qui se pense ainsi et une articulation qui s'entend comme *intégration* des *facettes* de la personne vulnérable. Toutefois avant d'en arriver là, il convient de s'inquiéter de tensions plus transversales encore et qui traversent chacun des métiers et chacun des lieux de l'aide sociale d'urgence et de la lutte contre l'exclusion. Ces autres tensions sont de deux grands ordres : (1) tension entre une saisie en singularité des personnes et une saisie en généralité, (2) tension entre « stabilisation » et effort d'intégration.

#### 7.4.1.1 Singularité et rapprochement versus généralité et distance

Cette tension qui survient continûment dans les engagements pratiques des agents des dispositifs d'aide sociale d'urgence traduit localement et pratiquement la pesée des nouvelles exigences et des nouveaux principes – pour partie contradictoires – qui s'imposent dorénavant aux politiques sociales contemporaines.

Avant de penser résoudre une telle tension, et nous verrons qu'une telle résolution est impossible, il faut rendre justice à ce qu'offrent l'un et l'autre terme de ce tiraillement constant.

Ainsi, le souci pour la singularité et l'épaisseur d'une situation personnelle fournit une riche manière d'adapter le soutien apporté. En cela il peut rejoindre, par une voie

propre, la nouvelle exigence d'efficacité<sup>106</sup>. De même est-il en mesure d'humaniser l'accueil en s'incarnant dans des formes d'écoute attentive et dans des actions capables de se déployer avec le tact et la circonspection qu'induit un tel souci. En outre, ce traitement en singularité offre un opérateur puissant à la fois (a) pour ouvrir et consolider le rapprochement que demande l'entrée dans une relation de suivi-accompagnement et (b) pour restaurer une confiance en soi capable de nourrir la volonté nécessaire au maintien dans cette forme plus exigeante (car visant l'autonomisation) d'aide. En effet, la manifestation d'une telle attention, soit une attention *accordée* (dans les deux sens du terme) à une singularité, crédite celui qui est visé d'une personnalité valant écoute, respect et effort, et par là réarme une estime de soi et une volonté abîmée par des échecs et des humiliations répétés (Stavo-Debauge, 2002).

À rebours, la généralité (déposée dans des règles, des catégories, des formalismes, des programmes) gage l'équité du traitement car, en rendant commensurable les personnes et les choses, elle permet de poser la question de la justice des distributions. Qui plus est, la distance qu'elle introduit peut être lue comme la marque d'un respect, respect pour une "privacy", et comme l'assomption qu'il est aussi question dans ces dispositifs de réaliser des *droits*, droits garantis par ailleurs. L'on peut même noter que, lorsque la distribution de soins ou de biens est strictement commandée par l'objectif de réaliser des droits, la sollicitude et l'attention peuvent même apparaître blessantes pour la personne qui revendique des droits et en attend, seulement, l'observance. Enfin, elle peut encadrer les élans et arrêter les rejets des travailleurs sociaux qui agissent en ayant leur affectivité pour seul guide.

S'il n'est pas question de résoudre ces tensions entre généralité-distance et singularité-proximité, résolution comme on l'a dit impossible, on peut toutefois remarquer deux choses. Si toutes les formes d'aide sociale d'urgence sont, peu ou prou, aux prises avec ces tiraillements, il est certains lieux et certains dispositifs où la balance pèse plus nettement d'un côté des deux termes de la tension. C'est le plus souvent autour de la place accordée à chacun de ces termes que vont se cristalliser les identités des structures d'aide et que vont se forger des critiques croisées et tranchantes qui vont rendre improbable toute coordination.

Le premier travail consiste alors ici à reconnaître et à faire reconnaître la transversalité de cette tension et à faire voir le caractère composite du travail social. Si tous les travailleurs du social vivent ces tensions dans leur chair, il leur est bien difficile de pleinement les reconnaître. Des lexiques très prégnants, lexiques qui en outre signent des identités professionnelles, les en empêchent. Ainsi, celui qui valorise fortement l'autonomie, la responsabilité et le droit peut bloquer la claire vision des bienfaits dus aux moments de rapprochements, de proximité et de sollicitude, car il les appréhende dogmatiquement comme autant de fautes. À l'inverse, celui qui se nourrit de psychiatrie ou de langages médicalisant les vulnérabilités des personnes peut, quant à lui, négliger les capacités à l'autonomie dont on peut créditer même le plus fragile. Enfin, celui qui comporte encore de fortes composantes caritatives peut minorer la place effective des règles, de la distance et du formalisme dans le travail accompli auprès des personnes. Mais dans le même temps, et sous réserve que soient dépassées leurs réticences à considérer la nature de l'activité pratique qu'ils

---

<sup>106</sup> Il est important de noter aussi que ce lien entre personnalisation de l'offre et efficacité correspond à un autre grand mouvement de transformations du service public que nous n'avons pas pu aborder. Ce dernier concerne l'adoption dans l'espace du service public des modèles et des critères du "marché" (recherche de l'efficacité en terme de coût/bénéfice, introduction de la notion de client, développement de la contractualisation, etc.). Il ne faut pas perdre de vue ce qui peut être critiquable dans ces évolutions. Toutefois, nos analyses suggèrent que la critique ne pourra intervenir qu'une fois que seront bien compris les enjeux relatifs à ces évolutions, ce qu'elles permettent et ce qu'elles ne permettent pas de faire (tout en disant éventuellement qu'elles le permettent...).

engagent concrètement, c'est autour de la reconnaissance de cette spécificité que les aidants peuvent se reconstituer une identité *commune* et un professionnalisme *propre* – ce qui permettrait certainement de tenir à distance les effets négatifs des crispations sur les identités des structures et les effets de l'émiettement des statuts et des métiers.

En effet, comme les nouvelles formes d'action sociale sont toutes traversées par ce tiraillement, le professionnalisme qui les caractérise consiste précisément en une capacité à tenir les deux termes et à composer un agir spécifique tendu entre attention à la singularité et traitement sous la généralité d'une règle, entre souci d'un rapprochement dense et respect d'une distance. Ce professionnalisme dessine une forme d'action qui fait prévaloir une position médiane. Cette dernière implique une attention souple, jouant au cas par cas, et qui consiste à savoir naviguer entre un excès de formalisme (lu comme déshumanisant) et un excès d'arrangement de proximité (arrangement qui s'expose à être dénoncé comme une forme de « favoritisme » ou d'injustice), ou encore entre un élan affectif appelé par la fragilité du vis-à-vis et la mise en œuvre d'une attitude standard et programmée. Ce professionnalisme compose ainsi une forme de *sollicitude mesurée*, mesurée en plusieurs sens. Ainsi, le professionnel est celui qui est en mesure de *prendre sur soi* lorsqu'il se trouve face à l'utilisateur ; prendre sur soi pour ne pas rompre trop hâtivement des situations en les plaçant trop vite à l'horizon d'exigences fortes de justice, prendre sur soi pour se rapprocher de celui qui parfois peut imprimer le dégoût ou la crainte, prendre sur soi afin d'agir avec tact et d'éviter de bousculer l'utilisateur. De même, le professionnel est celui qui est capable de *se ressaisir* lorsque survient la crainte d'un attachement entravant l'autonomisation de l'utilisateur, ou bien encore lorsque ses élans semblent être guidés par des *préférences* pour tel ou tel utilisateur.

Ce professionnalisme que l'on dessine semble la seule qui soit à même de pouvoir recueillir les bienfaits du rapprochement tout en maintenant le souci d'une évaluation de l'action et d'une mise à distance (afin d'éviter la mise en place de nouvelles formes de dépendance). Mais un tel professionnalisme implique aussi que les aidants soient en mesure de lutter contre des effets de *capture* du public par leur dispositif et sachent, lorsqu'ils estiment que cela est possible et nécessaire, détacher l'utilisateur de leur lieu d'accueil afin de l'amener vers des dispositifs plus exigeants. Le professionnel est alors celui qui est capable de penser un *parcours* et qui, pour cela, doit être en mesure de ne pas s'enfermer, avec l'utilisateur, dans une proximité captivante.

#### 7.4.1.2 « Stabilisation » versus intégration

Cette seconde tension résonne avec la première. Elle porte à un plus haut niveau, celui des visées de l'action sociale, les tensions qui se jouent dans les épreuves pratiques les plus quotidiennes de ce genre de travail. L'*intégration*, ou *insertion*, lorsqu'elle est clairement posée comme un objectif fort suppose un travail de mise en forme de la personne afin de la rendre conforme aux attentes de la société et apte à aborder ses épreuves avec quelques chances de succès. Si de la sorte on peut dire du travail social qu'il participe à rendre plus juste la société (en s'efforçant par exemple de réaliser une égalisation des « chances de mobilité »), dans un même temps il renforce, en la ratifiant et en en faisant l'horizon de son action, l'homogénéité et la force d'un mode d'apparition de la personne. Dans la société contemporaine, le mode d'apparition attendu et vu comme seule source de *dignité* et de grandeur est bien entendu la figure de la personne autonome et responsable.

Face à cet horizon de l'intégration qui induit une problématique focalisation sur une seule, et fort exigeante, figure de la dignité, deux aspects concernent cette question de la *stabilisation*. Le premier est plus politique. Il s'agit en effet de déterminer si l'on désire ou non maintenir des formes de vie qui ne répondent pas aux exigences du modèle central de société. Une fois une réponse apportée, il faudra encore voir quelle

peut être la posture du travail social à l'égard de cette question. Le deuxième aspect a trait à l'importance qu'il y a à disposer de l'assurance d'une première stabilisation avant d'engager une action qui se penserait comme un *parcours de réintégration*.

Comme on l'a vu, les dispositifs d'**accueil** ne peuvent pas, et pourrait-on insister *ne doivent pas*, directement exiger une transformation de la personne sous peine de ne pas répondre aux urgences qu'ils visent (importance du repos, de la reconnaissance d'une dignité première, en deçà des figures de l'autonomie et de la responsabilité). La *stabilisation*, à ce moment-là, représente un *bien* en soi et non une dérive ou un effet pervers qu'il faut dénoncer depuis une exigence d'*intégration*. S'il n'est de solution miracle à ce type de problème, l'on peut penser que la mise en place de dispositifs polyvalents, comportant des actions mixtes, est bénéfique (mais se pose alors la question de la cohabitation de « publics » qui ne sont pas aux mêmes stades de prise en charge). Ceux-ci peuvent autoriser et tolérer une stabilisation, tout en ménageant des passages, non impératifs, permettant d'acheminer les personnes vers des formes plus exigeantes d'accompagnement (soit sur le lieu même, soit ailleurs).

À la fin de cette brève exploration du conflit « stabilisation versus intégration », il convient encore de redire que ce dernier ne doit pas être uniquement considéré comme une question pratique. Il ouvre en fait sur une question éminemment politique à laquelle ne peuvent pas répondre les seuls travailleurs sociaux.

#### 7.4.1.3 *Parcours versus facettes*

Avant de s'inquiéter de ce qui pourrait constituer la bonne forme de l'intégration ou de la coordination des différentes actions, il importe de souligner que l'articulation en tant que telle est rendue délicate par deux choses. Tout d'abord la caractérisation même de ces différentes actions sous le chapitre « aide sociale d'urgence » indique de prime abord pour quelle raison la coordination est susceptible de se montrer difficile. En effet, qualifier une action avec la notion « d'urgence », c'est nécessairement lui conférer, et revendiquer, une *priorité*. Dès lors, lorsque plusieurs genres d'actions *revendiquent* l'usage approprié d'une telle qualification, et ce d'autant plus lorsque chacune d'entre elles fait d'une forme de vulnérabilité le point d'application de ses pouvoirs, bien vite des conflits peuvent survenir. Des conflits portant précisément sur la *détermination de l'ordre de priorité* qui guidera l'articulation entre les différentes actions. Cela est d'autant plus probable que l'ensemble des agents qui participent du dispositif entendent lutter contre un mal, " l'exclusion ", qui est spécifié comme un *processus gradué*.

Lorsqu'un phénomène est pensé en tant que *processus*, la lutte contre celui-ci consiste alors à *arrêter* ou à *enrayer*. Une telle action suppose de surcroît que les agents disposent d'un *cadre explicatif*, soit d'une *étiologie*, qui identifie des causes qui emporteraient les personnes dans ou vers « l'exclusion ». C'est sur la base de ce cadre explicatif de l'exclusion que pourront être déterminées les *priorités* de l'action. Or force est de constater que, généralement, on se trouve face à une dispersion assez forte de tels cadres d'explication au sein des agents du social.

De cela surgit une première difficulté, car chacun appréhendera et déterminera la priorité, et donc le sens de l'articulation des différents dispositifs, depuis des cadres d'explication variés. En outre, comme le pouvoir propre de ces professionnels n'est, le plus souvent, qu'en mesure de porter sur les seules personnes " exclues ", bien souvent ceux-ci imputent ce problème aux seules *dispositions* des personnes sans interroger l'environnement socio-économique et ses épreuves (marché du travail, genre de compétences appelées dans les recrutements, assurances sociales, niveaux des salaires, statuts, etc.). Cela n'est alors pas sans charger plus encore les personnes. Ce petit détour sert à dire qu'il convient parfois de prévenir de tels effets et que la question des parcours d'intégration et de la coordination des dispositifs de lutte

contre l'exclusion ne doit pas être détachée d'un travail plus fondamental sur l'environnement institutionnel et économique.

Une autre difficulté se profile. Celle-ci tient à nouveau en partie à l'ancrage des agents dans des dispositifs qui trament un réseau pouvant rendre difficile le voisinage pour peu que les agents s'embarquent dans des logiques concurrentielles. L'ordre que l'on a choisi pour rendre compte des formes d'action, "**intervention – accueil – suivi-accompagnement – prévention**", semble en effet tracer un chemin et dessiner une direction. Il serait loisible de remplacer les tirets par une succession de flèches directionnelles allant de gauche à droite. Et l'on pourrait alors attendre que les aidants aient en tête un tel schéma et se guident sur celui-ci pour coopérer.

Mais la coopération n'est pas aussi évidente. Car, en effet, chacun des dispositifs révèle son efficacité en rendant obsolète celui qui le précède. En cela chaque voisin du réseau dessiné peut être vu comme une menace. Ainsi l'horizon de l'**accueil**, en parant aux urgences du quotidien et en dispensant des soins vitaux, est de supprimer l'occurrence de maux qui appellent une **intervention**. De même que le **suivi-accompagnement** cherche à faire advenir une personne qui soit capable de se prendre en charge et de prendre soin d'elle-même de telle façon qu'elle n'ait plus besoin de se rendre dans des dispositifs **d'accueil**, etc.

Toutefois, pour temporiser, remarquons qu'il est aussi possible de lire ce chaînage "**intervention – accueil – suivi-accompagnement – prévention**" dans l'autre sens. L'on peut en effet considérer que si on devait remplacer les tirets par des flèches directionnelles, celles-ci pourraient également aller de droite à gauche. Car si l'on a pu dire que chacune de ces formes d'action révèle son efficacité propre à l'horizon de la suppression de la précédente, on peut tout aussi bien dire qu'elle se réalise et s'incarne avec plus de force dans la précédente. Ainsi, la **prévention**, car elle fait appel à une vigilance, donne lieu à un **suivi**, suivi qui se détermine pratiquement dans un **accompagnement**, cet accompagnement et ce suivi ne peuvent que provenir d'un **accueil** qui, parce qu'il a su ne pas se montrer par trop immédiatement exigeant, a installé une confiance, a édifié des assurances (toutes choses qui ouvrent la voie d'un rapprochement), et cet accueil a pu, de prime abord, se montrer attractif car il a offert une **intervention** à l'efficacité immédiate (par exemple sous la forme de l'accès à des biens et à des soins élémentaires).

Un tel chemin nous invite là encore à plaider pour l'organisation de dispositifs qui, tout à la fois, autorisent la possibilité de tels parcours mais qui, dans le même temps, soient en mesure de tolérer le fait de les différer. Comme on l'a vu, de tels lieux demandent des compétences composites et amènent à la reconnaissance de nouveaux standards d'excellence professionnelle.

On aura déjà reconnu que l'action sociale d'urgence nécessite un rapprochement vers la personne et l'extension de son horizon temporel si elle ne veut pas demeurer comme une seule réponse ponctuelle et permettre ainsi une « transformation » de la personne en vue de sa réinsertion (ou du maintien de son insertion menacée). Il reste que cette extension et ce souci d'une transformation peuvent se penser de bien des façons. Le titre de cette partie en propose deux : soit un chaînage des actions qui peut être vu comme l'installation d'un *parcours* qui, à mesure, se fait de plus en plus exigeant, car il s'agit d'instituer un individu autonome et capable de se montrer responsable ; soit un chaînage qui entend intégrer les consolidations éparses des vulnérabilités que réalisent chacun des grands genres d'action, et l'on parle alors d'une intégration des *facettes*.

Toutefois, avant de penser les formes d'organisation ou de programmation de ce chaînage des actions, il est essentiel de reconnaître la pleine importance de chacun des lieux, sans immédiatement se laisser séduire par la volonté d'instituer des priorités et de proposer des hiérarchies. C'est là la condition première d'un dialogue

entre les différents dispositifs. Malgré tout, l'exigence de saisir la cohérence de la personne, de l'appréhender dans toute la densité de sa biographie et de ses attaches, et ce pour contenir la tendance à sa dispersion en autant de *facettes*, implique qu'il faut intégrer, faire dialoguer ces *facettes* d'une manière ou d'une autre. Le *parcours*, on l'a vu, se présente comme l'une des possibilités d'intégration : intégration linéaire qui monte en puissance et qui se déploie dans un chaînage programmé.

Mais si une telle « solution » est proposée, restent deux manières de l'actualiser. Doit-il être dessiné par la mise en relation et une articulation des différentes institutions ou par un agent spécifique, à même d'appréhender le bénéficiaire dans sa biographie et de recomposer ses diverses *facettes*, et qui jouerait en quelque façon le rôle d'un nœud de réseau ou d'un intermédiaire ? En ce cas, il convient alors d'assurer la possibilité à la personne aidée de pouvoir se détacher de celui-ci ou d'en choisir un autre, car un tel agent fait peser le danger d'un lien *tyrannique*. Cette possibilité du caractère tyrannique d'un tel agent doit en effet être sérieusement envisagé. En effet, *toute* forme de volonté impérieuse – au nom d'une exigence d'efficacité et d'efficience du travail de (ré-)insertion – de mise en cohérence et de totalisation de la personne aidée est susceptible d'emporter une forte propension à la tyrannie. Peut-être même convient-il alors plutôt de ne pas trop rigidifier des programmes intégrant chaque modalité d'action, afin d'assurer le respect des attaches de la personne, son inscription, et de ne pas l'exposer à des exigences tyranniques et à une prise en charge *totalitaire* parce que par trop *totalisante*.

Au final, la première des priorités, avant de dessiner de tels chaînages, avant d'inviter les dispositifs à produire, à marche forcée, une insertion, consisterait d'abord à veiller à ce que chacun soit capable de reconnaître le caractère dispersé des vulnérabilités prises en charge, et à ce que des lieux institutionnels différenciés, reconnus en leur différence et pour leur différence, puissent être maintenus.

TABLES DES MATIÈRES COMPLÈTE :

<b>1</b>	<b>OBJECTIFS ET DISPOSITIF DE L'ÉTUDE</b>	<b>5</b>
1.1	LE MANDAT	5
1.2	LE DISPOSITIF RETENU	6
1.2.1	<i>Le groupe d'accompagnement</i>	6
1.2.2	<i>Un dispositif en cinq phases</i>	7
<b>2</b>	<b>LE RÉSEAU D'ACTION SOCIALE D'URGENCE GENEVOIS : PREMIÈRES IMAGES ET CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES</b>	<b>9</b>
2.1	PERCEPTIONS ET BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES	9
2.1.1	<i>Approche méthodologique</i>	9
2.1.2	<i>Données socio-démographiques</i>	10
2.1.3	<i>Manques et besoins exprimés</i>	13
2.2	UNE INFINITÉ DE PROBLÉMATIQUES DIFFÉRENTES	14
2.2.1	<i>Les personnes présentant des conduites addictives</i>	15
2.2.2	<i>Les jeunes adultes avec troubles psychologiques</i>	16
2.2.3	<i>Les femmes victimes de violence conjugale ou domestique</i>	16
2.2.4	<i>Les sans-papiers</i>	17
2.2.5	<i>Les requérants d'asile</i>	18
2.2.6	<i>Les Working Poor</i>	19
2.2.7	<i>Les Suisses de retour de l'étranger</i>	19
2.2.8	<i>Les « marginaux »</i>	20
2.3	LES NOUVELLES FORMES DE PRÉCARITÉ : PERCEPTIONS DU RÉSEAU	20
2.3.1	<i>Une augmentation marquée des troubles psychiques</i>	21
2.3.2	<i>Un rajeunissement de la population accueillie</i>	21
2.3.3	<i>Une forte présence dans le réseau de familles monoparentales</i>	21
2.3.4	<i>Des vulnérabilités multiples et conjointes</i>	21
2.3.5	<i>Une complexité croissante des situations sociales</i>	21
2.3.6	<i>Une présence latino-américaine marquée</i>	22
2.3.7	<i>Consommation de cocaïne en intraveineuse</i>	22
2.4	UN RÉSEAU À L'IMAGE DES BESOINS RENCONTRÉS	22
2.4.1	<i>Une forte individualisation des trajectoires</i>	22
2.4.2	<i>Un réseau attentif à l'évolution des référentiels...</i>	22
2.4.3	<i>...et ouvert aux approches contemporaines</i>	23
<b>3</b>	<b>LES PRINCIPAUX ACTEURS DE L'URGENCE « ÉVÉNEMENTIELLE »</b>	<b>24</b>
3.1	LES URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES	24
3.1.1	<i>La composante sociale des activités de la DUMC</i>	24
3.1.2	<i>Les Urgences comme point d'entrée dans le réseau sanitaire</i>	24
3.1.3	<i>Une plainte à l'égard des heures d'ouverture du secteur social</i>	25
3.2	LA POLICE CANTONALE	25
3.2.1	<i>Les rôles des îlotiers</i>	26
3.2.2	<i>Un sentiment d'inadéquation</i>	27
3.2.3	<i>Constats généraux</i>	27
3.2.4	<i>Question ouverte</i>	27
<b>4</b>	<b>LES ACTEURS DE L'URGENCE AU QUOTIDIEN</b>	<b>28</b>
4.1	ACCÈS À L'AIDE ALIMENTAIRE	28
4.1.1	<i>Les acteurs de l'aide alimentaire</i>	28
4.1.2	<i>Mille repas par jour</i>	29
4.1.3	<i>Une demande en augmentation</i>	29
4.1.4	<i>Des lieux et des écoles de pensée</i>	30



4.1.5	<i>Modalités d'acquisition de denrées</i>	30
4.1.6	<i>Une faible couverture des besoins en fin de semaine</i>	30
4.1.7	<i>Questions ouvertes</i>	30
4.2	ACCÈS À UN HÉBERGEMENT D'URGENCE	31
4.2.1	<i>Les acteurs de l'hébergement d'urgence</i>	31
4.2.1.1	Hébergement d'urgence pour les adultes	31
4.2.1.2	Hébergement d'urgence pour les femmes, avec ou sans enfants	32
4.2.1.3	Hébergement d'urgence pour jeunes adultes	33
4.2.1.4	Hébergement d'urgence pour les mineurs	33
4.2.1.5	Hébergement d'urgence spécialisé	34
4.2.1.6	Les logements temporaires	35
4.2.2	<i>Une large palette de modalités de prise en charge</i>	36
4.2.3	<i>126'833 nuits en urgence l'an dernier</i>	36
4.2.4	<i>Un secteur à la limite de la rupture</i>	39
4.2.5	<i>Des besoins non satisfaits pour les femmes</i>	39
4.2.6	<i>En attente de placement dès la naissance</i>	39
4.2.7	<i>Les cas lourds : des possibilités restreintes</i>	40
4.2.8	<i>Questions ouvertes</i>	40
4.3	ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX ET CORPORELS	40
4.3.1	<i>L'UMSCO : un acteur central</i>	40
4.3.1.1	Des populations aux besoins différents	40
4.3.1.2	Une porte d'entrée dans le réseau sanitaire	41
4.3.1.3	Une difficulté majeure dans un environnement favorable : la prise en charge financière des urgences médicales	41
4.3.2	<i>Accès aux soins psychiatriques</i>	41
4.3.3	<i>Les Points d'Eau : une réponse aux besoins d'hygiène</i>	41
4.3.4	<i>Question ouverte</i>	41
<b>5</b>	<b>THÉMATIQUES PRÉGNANTES : CONSTATS ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>42</b>
5.1	BREF ÉTAT DES LIEUX MACRO-ÉCONOMIQUE ET MACRO-SOCIAL	44
5.1.1	<i>Une inégalité dans la distribution des revenus</i>	44
5.1.2	<i>Nouveaux ménages et vulnérabilité sociale</i>	44
5.1.3	<i>Une forte proportion de chômeurs de longue durée</i>	45
5.1.4	<i>L'emploi fragile</i>	45
5.1.5	<i>Un cumul de macro-facteurs créateurs de précarité</i>	45
5.2	RATIONALISER L'AIDE ALIMENTAIRE ET FAIRE FACE AUX BESOINS	46
5.2.1	<i>L'exemple type d'absence de coordination dans une situation de besoin</i>	46
5.2.2	<i>Le cas de la Banque alimentaire genevoise</i>	46
5.2.3	<i>Une saturation annoncée des lieux</i>	47
5.2.4	<i>Aborder différemment la question de l'aide alimentaire ?</i>	47
5.2.5	<i>Recommandations</i>	47
5.3	ACTION SOCIALE D'URGENCE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES	49
5.3.1	<i>Une coordination/collaboration insuffisante</i>	49
5.3.1.1	Insuffisance des ressources globales du réseau	49
5.3.1.2	Absence de transfert d'informations	49
5.3.1.3	Le respect du dossier médical : une mauvaise compréhension	49
5.3.1.4	L'émergence de relations	50
5.3.2	<i>La psychiatrie institutionnelle genevoise : une réforme en cours</i>	50
5.3.2.1	Un mélange de manque de ressources et de volonté institutionnelle	50
5.3.3	<i>La collaboration FSASD-HUG : un modèle ?</i>	50
5.3.4	<i>Recommandations</i>	51
5.4	SUIVI OU PRISE EN CHARGE ?	53
5.4.1	<i>Action sociale d'urgence et instances de suivi</i>	53
5.4.2	<i>Les CASS : une fonction centrale... et décriée</i>	53

5.4.3	<i>Rompre les logiques institutionnelles</i>	54
5.4.4	<i>Recommandations</i>	54
5.5	PRATIQUES DE COORDINATION	56
5.5.1	<i>La Plateforme de coordination contre l'exclusion</i>	56
5.5.2	<i>Un forum nécessaire</i>	56
5.5.3	<i>Une certaine lassitude</i>	56
5.5.4	<i>Une absence marquée des communes périurbaines</i>	57
5.5.5	<i>Des modalités variables de collaboration entre structures</i>	57
5.5.6	<i>Recommandations</i>	58
5.5.7	<i>Remarques</i>	60
5.6	LES MIGRANTS	62
5.6.1	<i>Enfants, adolescents et mères seules</i>	62
5.6.2	<i>Un choix clair dans un contexte légal ambigu : l'ouverture à l'école et aux soins</i>	62
5.6.3	<i>L'assistance publique en échange d'un retour à la légalité</i>	63
5.6.4	<i>Recommandations</i>	63
5.7	LES JEUNES EN RUPTURE	65
5.7.1	<i>Une intervention conséquente d'acteurs publics et privés</i>	65
5.7.1.1	Intervention individuelle	65
5.7.1.2	Intervention collective	65
5.7.2	<i>De nombreux lieux de réflexion pour une situation qui n'évolue pas ou peu</i>	66
5.7.3	<i>Un besoin évident de modification de comportement</i>	66
5.7.4	<i>Recommandations :</i>	67
5.8	LA QUESTION DES CAPACITÉS EN HÉBERGEMENT	69
5.8.1	<i>Hébergement d'urgence ?</i>	69
5.8.2	<i>Une absence dramatique de lieux adéquats pour les cas psychiatriques et les personnes ayant une conduite addictive</i>	69
5.8.3	<i>L'hébergement d'urgence mère-enfants</i>	70
5.8.4	<i>L'hébergement avec encadrement socio-thérapeutique ou socio-éducatif</i>	70
5.8.5	<i>Un lieu pour jeunes de 18 à 25 ans avec troubles psychotiques</i>	70
5.8.6	<i>Les mineurs</i>	70
5.8.7	<i>Recommandations</i>	71
5.9	UNE UNITÉ DE GARDE SOCIALE ?	73
5.9.1	<i>Des besoins variés et reconnus</i>	73
5.9.2	<i>L'ancrage administratif</i>	73
5.9.3	<i>Une unité composite</i>	74
5.9.4	<i>Un lieu d'essai, de convergence, de confrontation et de coordination</i>	74
5.9.5	<i>Recommandations</i>	74
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	<b>75</b>
6.1	L'ACTION SOCIALE D'URGENCE : UN RÉSEAU INDÉPENDANT ET POLYMORPHE	75
6.2	DU RÉSEAU RÉACTIF À LA PERMÉABILITÉ DES RÉSEAUX	75
6.3	DES GOULETS D'ÉTRANGLEMENT IMPORTANTS	76
6.3.1	<i>Des facteurs externes producteurs de précarités</i>	76
6.4	UNE NÉCESSITÉ DE CLARIFIER LA NOTION D'URGENCE	77
6.5	UN ÉVENTAIL DE PISTES POUR RELEVER LES DÉFIS	77
<b>7</b>	<b>CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>79</b>
7.1	LES TRANSFORMATIONS DES POLITIQUES SOCIALES POUR FAIRE FACE À L'EXCLUSION	79
7.1.1	<i>Les nouvelles exigences des politiques sociales</i>	79
7.1.1.1	Les prestations comme droit	80
7.1.1.2	Autonomie et responsabilisation des bénéficiaires	80

7.1.1.3	Relations de proximité et singularisation des prestations	81
7.1.1.4	Les réseaux d'intervention et l'inscription locale des personnes	81
7.1.2	<i>La thématique socio-économique de l'exclusion</i>	82
7.1.2.1	Réinsérer	82
7.1.2.2	Prêter attention aux vulnérabilités de l'individu	82
7.1.2.3	Limites de la thématique socio-économique de l'exclusion. Passer de l'individu à la personne	83
7.2	LES FORMES DE L'URGENCE ET LES VULNÉRABILITÉS QUI APPELLENT L'ACTION SOCIALE	84
7.2.1	<i>La critique du travail dans l'urgence : « urgence organisationnelle » vs « urgence déontologique »</i>	85
7.2.2	<i>Les topiques de l'urgence</i>	85
7.2.2.1	L'urgence d'un événement	86
7.2.2.2	L'urgence au quotidien	87
7.2.2.3	L'urgence d'un processus à enrayer ou à prévenir	88
7.3	LES MODALITÉS INSTITUTIONNELLES DE L'ACTION SOCIALE D'URGENCE	89
7.3.1	<i>Le propre de l'aide sociale</i>	89
7.3.1.1	L'intervention	90
7.3.1.2	L'accueil	91
7.3.1.3	Le suivi-accompagnement	93
7.3.1.4	La prévention	96
7.4	LA COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DE L'ACTION SOCIALE D'URGENCE	97
7.4.1	<i>Retour sur des différences et description d'une série de tensions</i>	97
7.4.1.1	Singularité et rapprochement versus généralité et distance	98
7.4.1.2	« Stabilisation » versus intégration	100
7.4.1.3	Parcours versus facettes	101

## FIGURES ET TABLEAUX :

Tableau 1 : lieux d'enquête et nombre d'entretiens réalisés	10
Tableau 2 : durée de séjour du bénéficiaire dans l'établissement	10
Tableau 3 : sexe des bénéficiaires	10
Tableau 4 : âge des bénéficiaires	11
Tableau 5 : formation des bénéficiaires	11
Tableau 6 : formation des bénéficiaires selon la tranche d'âge	12
Tableau 7 : activité professionnelle des bénéficiaires	12
Tableau 8 : aide financière perçue par les bénéficiaires	13
Tableau 9 : Selon les bénéficiaires manque-t-il des structures d'accueil sur Genève ?	13
Tableau 10 : Est-ce que le bénéficiaire aurait pu être aidé plus rapidement ?	14
Tableau 11: activités sociales de la police cantonale	26
Tableau 12 : repas gratuits, sans condition d'accès et hors lieux d'hébergement, données 2001	28
Tableau 13: repas avec conditions d'accès et hors lieux d'hébergement, données 2001	29
Tableau 14: hébergement d'urgence toutes catégories, données 2001.	31
Tableau 15: hébergement d'urgence pour femmes avec ou sans enfants, données 2001	32
Tableau 16: hébergement d'urgence pour jeunes adultes, données 2001	33
Tableau 17: hébergement d'urgence pour mineurs, données 2001	34
Tableau 18: hébergement d'urgence spécialisé, données 2001	35
Figure 1: schéma du dispositif d'étude.....	7
Figure 2: taux de fréquentation par mois, de janvier 2000 à juin 2002.....	37
Figure 3: interdépendances domaines et thématiques .....	43
Figure 4: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations de l'HG de 1990 à 2000 .....	44
Figure 5: fonctionnement de la Plateforme.....	61