



**HAL**  
open science

# Héberger ou accompagner les personnes sans domicile ? Une prise en charge segmentée et une professionnalisation en trompe-l'oeil

Vianney Schlegel

► **To cite this version:**

Vianney Schlegel. Héberger ou accompagner les personnes sans domicile ? Une prise en charge segmentée et une professionnalisation en trompe-l'oeil. *Connaissance de l'emploi*, 2022, *Connaissance de l'emploi*, 179, <https://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi/heberger-ou-accompagner-les-personnes-sans-domicile-une-prise-en-charge-segmentee-et-une-professionnalisation-en-trompe-l-oeil-1315395.kjsp?RH=1507126380703>. halshs-03576823

**HAL Id: halshs-03576823**

**<https://shs.hal.science/halshs-03576823>**

Submitted on 16 Feb 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

# Connaissance de l'emploi

Le 4 pages du Centre d'études de l'emploi et du travail  
Février 2022

179 le **cnam**  
ceet

## HÉBERGER OU ACCOMPAGNER LES PERSONNES SANS DOMICILE ? UNE PRISE EN CHARGE SEGMENTÉE ET UNE PROFESSIONNALISATION EN TROMPE-L'ŒIL

**Vianney Schlegel**  
Université de Lille, Ceraps  
Cnam-CEET

En novembre 2020, la Fondation Abbé Pierre a estimé que 300 000 personnes étaient privées de logement en France. Alors qu'un rapport a récemment souligné la « démultiplication » des situations de pauvreté en raison de la crise sanitaire (Duvoux et Lelièvre 2021), on peut craindre que le phénomène s'accroisse, d'autant que les mesures mises en œuvre jusqu'ici peinent à répondre efficacement à ces situations. Ce constat invite à s'intéresser au secteur de la prise en charge des personnes sans-domicile tel qu'il existe et tel qu'il s'est structuré depuis les années 1980.

À partir d'analyses statistiques et qualitatives, ce numéro de *Connaissance de l'emploi* met en lumière certains des paradoxes qui ont marqué le développement du secteur. Il souligne le caractère incertain de sa professionnalisation et l'hétérogénéité des configurations professionnelles sur lesquelles repose le travail d'accompagnement des personnes sans-domicile.

En France, le vagabondage et la mendicité n'ont officiellement cessé d'être considérés comme des délits qu'en 1994 avec l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal. Cette rupture marque en fait l'aboutissement de la lente inscription des situations de pauvreté dans le giron de l'État social. Si diverses initiatives existaient déjà, portées par des œuvres religieuses et des pouvoirs publics locaux, elles font alors l'objet d'un processus d'institutionnalisation marqué par l'encadrement croissant de l'État autour d'une visée de réinsertion socioéconomique des personnes privées de logement.

Ce développement doit être rapporté à l'ampleur croissante du phénomène. De fait, depuis les années 1980, le nombre de personnes sans-domicile n'a cessé d'augmenter : selon

l'enquête « Sans-domicile » (SD) de l'Insee, celui-ci est passé de 86 500 à 141 500 entre 2001 et 2012. En attendant le prochain volet de l'enquête SD, la Fondation Abbé Pierre a estimé en novembre 2020 que 300 000 personnes étaient désormais privées de logement personnel. Au-delà de cette hausse particulièrement forte, la diversification de la population sans-domicile est tout aussi importante : la proportion de femmes, de familles et de personnes d'origine étrangère s'est accrue, tandis que la part d'hommes isolés, figures traditionnelles du « clochard » ou du vagabond, a diminué.

Du point de vue de l'action publique et du travail de prise en charge, la mise en œuvre d'une réponse dédiée s'est ainsi structurée autour d'un double impératif paradoxal : formaliser et

homogénéiser le traitement de situations individuelles de plus en plus nombreuses, caractérisées par leur commune privation de logement, tout en ajustant le travail d'accompagnement à des publics de plus en plus différenciés par leurs situations administratives, leurs caractéristiques sociodémographiques ou les problèmes auxquels ils sont confrontés. C'est ce paradoxe que ce numéro de *Connaissance de l'emploi* propose d'éclairer en montrant que si l'institutionnalisation du secteur s'est traduite par une forte hausse du nombre de professionnels y travaillant, la prise en charge des personnes sans-domicile repose en réalité sur des configurations professionnelles hétérogènes (encadré 1).

#### Encadré 1

### MÉTHODE ET MATÉRIAUX

L'analyse mobilise deux ensembles de données : d'une part, les matériaux recueillis dans le cadre d'une recherche doctorale sur le travail de prise en charge médico-psycho-sociale des personnes sans-domicile. Cette recherche s'est appuyée sur l'observation de plusieurs dispositifs spécialisés (accueil de jour, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centre de santé, maraudes sociales, infirmières et psychiatriques) et sur 77 entretiens avec des professionnels du travail social et de la santé (médecins, psychiatres, infirmières, psychologues). La monographie d'une association créée au milieu des années 1980 à Lille et comptant plus de 500 salariés à la fin des années 2010 est également mobilisée afin d'illustrer les dynamiques professionnelles et institutionnelles du secteur.

D'autre part, l'étude s'appuie sur l'enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS). Elle apporte des données quant aux dispositifs existants, aux personnes qui y sont accompagnées et aux professionnels qui y travaillent. Témoin de la mise à l'agenda politique de la question, l'enquête ES-DS est lancée en 1982 puis renouvelée l'année suivante et suit un rythme bisannuel jusqu'en 1997, avant de devenir quadriennale au début des années 2000.

## ● Une dynamique d'institutionnalisation marquée par la segmentation des modalités de prise en charge

En France comme dans la plupart des pays européens, vagabonds et mendiants ont longtemps incarné l'archétype des « mauvais pauvres » auxquels était réservée la répression, à l'inverse des infirmes, des vieillards ou des enfants trouvés, figures types de la « bonne pauvreté » et méritant l'assistance. Ces dichotomies se brouillent au XX<sup>e</sup> siècle avec le développement de l'État social. Après la Seconde Guerre mondiale, un nombre croissant de vagabonds sont accueillis dans des ateliers de remise au travail. En 1974, la création des Centres d'hébergement et de réadaptation sociale<sup>1</sup> (CHRS) prolonge et généralise cet accueil, tandis que l'essor des politiques d'insertion dans les années 1980-1990 consolide la formation du secteur en dessinant un cadre commun aux structures de prise en charge. Cette période est marquée par un important développement associatif. Comme dans le cas de l'Action sociale protestante<sup>2</sup> (encadré 2), celui-ci passe

<sup>1</sup> Le terme de réadaptation est remplacé par celui de réinsertion en 1998.

<sup>2</sup> L'association a été pseudonymisée.

par l'embauche de différents profils de salariés et amorce la professionnalisation du secteur.

#### Encadré 2

### DÉVELOPPEMENT ASSOCIATIF ET VAGUES DE SALARISATION

Créée au milieu des années 1980, l'Action sociale protestante (ASP) est aujourd'hui l'une des principales associations du secteur au nord de Paris. Elle trouve son origine dans la mobilisation de couples qui, sillonnant les rues lilloises dans une visée d'évangélisation, décident d'intervenir de façon d'abord temporaire en 1985, puis durable lorsqu'ils constatent la permanence du phénomène. Ils acquièrent un premier local en 1989, date à laquelle la salarisation s'engage.

Les premiers salariés sont recrutés parmi les fondateurs de l'association eux-mêmes : ce sont des pasteurs, des médecins, une infirmière ou encore une assistante sociale. Peu de temps après, des objecteurs de conscience et des personnes qui entretiennent des liens personnels avec les fondateurs sont embauchés. Un troisième type de salariés regroupe des professionnels diplômés du travail social (principalement), paramédical ou médical (marginale) : embauchés à partir du milieu des années 1990, ils deviennent le profil majoritaire, voire unique, des personnes recrutées au milieu des années 2000.

Enfin deux profils de travailleurs occupent des postes subalternes : d'une part, dès les années 1990 l'association embauche une partie des personnes qu'elle accompagne par le biais de contrats d'insertion et pour des tâches faiblement qualifiées (entretien et surveillance des locaux, préparation de repas collectifs) ; d'autre part, l'ASP s'est appuyée sur les contrats aidés, les stages, les services civiques et le bénévolat, s'assurant ainsi une main-d'œuvre à moindre coût ou gratuite (Hély et Simonet, 2013).

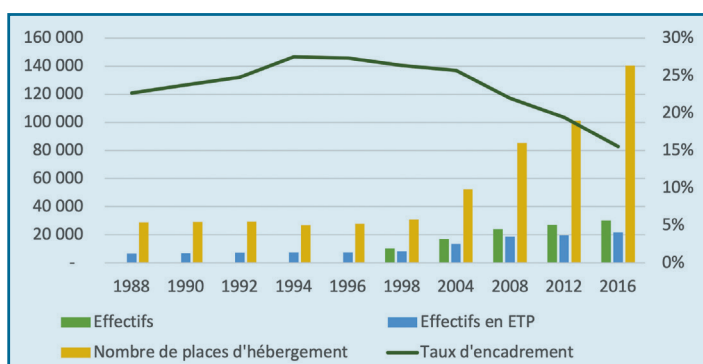
Ces différentes vagues de salarisation témoignent de l'institutionnalisation du secteur de la lutte contre l'exclusion : alors qu'une petite poignée de personnes étaient salariées par l'ASP au début des années 1990, elles étaient 262 en 2010 et 511 en 2018 (dont 238 en CDI, 116 en CDD, 135 en contrats d'insertion et 22 en contrats aidés), son budget global atteignant 17 millions d'euros cette même année.

Cette première phase d'institutionnalisation marquée par l'homogénéisation des modalités de prise en charge et par un développement associatif important sous l'égide de l'État peut toutefois être nuancée. D'une part, à mesure que la population sans-domicile augmente et se diversifie, plusieurs dispositifs sont créés afin d'accueillir des publics différenciés selon leurs caractéristiques sociodémographiques : établissements d'accueil mère-enfants (EAME), centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), centres provisoires d'hébergement pour les personnes ayant obtenu le statut de réfugié (CPH)... D'autre part, plusieurs formes d'accompagnement sont mises en œuvre selon les problèmes de ces publics : mise à l'abri conditionnelle et de courte durée dans l'hébergement d'urgence, accompagnement de long terme en vue d'accéder à l'emploi ou au logement dans l'hébergement d'insertion, accompagnement sanitaire dans les quelques dispositifs médicalisés existants... Tout en dessinant un système relativement unifié, l'institutionnalisation de la prise en charge des sans-domicile repose ainsi sur de nombreuses segmentations internes (Brousse, 2006). C'est particulièrement le cas du secteur de l'hébergement, principale réponse apportée au phénomène.

## ● Des professionnels plus nombreux et plus diplômés, mais un taux d'encadrement plus faible

Dès les années 1990, la forte hausse du nombre de personnes sans-domicile requiert davantage de places d'hébergement : entre 1988 et 2016, leur nombre (tous types confondus) passe ainsi de 28 878 à plus de 140 400, l'augmentation étant particulièrement forte à partir des années 2000. Cette hausse s'observe également en matière d'effectifs professionnels, qui passent de 6 548 à 21 800 en équivalent temps plein sur la période. Toutefois, celle-ci est moins marquée, comme en témoigne la tendance à la baisse du «taux d'encadrement», calculé en rapportant le nombre de professionnels employés en équivalent temps plein au nombre de places d'hébergement<sup>3</sup> (graphique 1).

**Graphique 1 : nombre de places d'hébergement, effectifs des personnels et taux d'encadrement entre 1988 et 2016**



Note : les effectifs et les places d'hébergement sont présentés sous forme d'histogramme (échelle de gauche); l'évolution du taux d'encadrement prend la forme d'une courbe (échelle de droite). Les données sur le personnel ne sont disponibles en effectifs qu'à partir de 1998.

Lecture : entre 1988 et 2016, le nombre de places d'hébergement (tous types confondus) passe de 28 878 à 140 400, le personnel passe de 6 548 à 21 800 en équivalent temps plein (ETP), et le taux d'encadrement de 22,7 % à 15,5 %.

Source : DREES, enquête ES-DS, 1988 à 2016.

Jusqu'en 1994, la hausse des capacités d'hébergement est plus faible que celle du nombre de professionnels. À cette date, la tendance s'inverse et le taux d'encadrement diminue progressivement jusqu'en 2004 – de 27,5 % à 25,7 % – puis plus rapidement jusqu'en 2016 – atteignant 15,5 %. Après une importante phase d'embauche, la création de places d'hébergement a pris le pas sur cette dynamique au début des années 2000, suggérant une déconnexion croissante entre les logiques de mise à l'abri et les visées d'accompagnement à la réinsertion socioéconomique.

Le taux d'encadrement global cache en outre des écarts importants selon les dispositifs d'hébergement : en 2016, ce taux était de 44,5 % dans les EAME, de 22,1 % dans les CHRS, mais seulement de 6,8 % dans les CADA. Une logique inverse s'observe en matière de recours au bénévolat : alors que 17,1 % des EAME y ont recours, c'est le cas de 25,8 % des CHRS et de 53 % des CADA. La segmentation des dispositifs se traduit ainsi par une inégalité dans les modalités de prise en charge, certains publics faisant l'objet d'un accompagnement plus important et plus professionnalisé. Un constat proche peut être opéré en matière de qualification. En 2016, la part des personnes titulaires d'un diplôme lié au travail social parmi les éducateurs

<sup>3</sup> Il s'exprime donc sous la forme d'un pourcentage : un taux d'encadrement de 20 % signifie que l'on compte 20 postes en ETP pour 100 places d'hébergement.

spécialisés et les moniteurs-éducateurs en poste est supérieure à 90 % dans l'ensemble du secteur. Mais tandis que 6,9 % des éducateurs spécialisés et 7,8 % des moniteurs-éducateurs travaillant en CHRS ne sont titulaires d'aucun diplôme en 2016, ces taux sont presque deux fois plus élevés dans les CADA, atteignant 11,3 % et 14,5 %.

Un autre constat évoqué par un enquêté mérite d'être souligné : « je n'ai aucun diplôme dans le travail social... mais je reste une exception dans le fonctionnement. Et ça va se voir de moins en moins. Alors qu'avant, c'était le parcours classique quoi, t'arrivais, t'étais pris stagiaire à 17, 18 piges, enfin... comme moi j'ai fait, tu vois : tu montais en compétences et puis tu faisais ta route. Tu prenais un peu d'expérience et si t'avais envie à un moment : hop, chef de service... C'est terminé maintenant ces parcours-là » (chef de service, 46 ans, 16 ans d'ancienneté). En réalité, plusieurs enquêtés ont connu des trajectoires similaires. Jeunes et rarement diplômés au moment de leur embauche, tous ont en commun d'avoir entamé leur carrière au cours de la décennie 1990 et ont été amenés à suivre des formations diplômantes au cours des années 2000 et 2010 à mesure qu'ils ont été promus à des postes d'encadrement. Plus généralement, les plus jeunes professionnels rencontrés au cours de l'enquête étaient plus diplômés et plus directement en lien avec le travail social que leurs aînés. L'appartenance générationnelle est ainsi un critère déterminant du niveau de qualification dans le secteur et témoigne de la dynamique de professionnalisation de celui-ci, du moins en ce qui concerne le travail social. De fait, un constat différent peut être opéré concernant les professionnels de santé.

## ● Des établissements sociaux pour un travail médico-social ?

Dès les années 1980 se pose la question de la santé des sans-domicile, nourrie par des controverses sur leur état de santé mentale, sur leurs consommations d'alcool et de drogues et sur l'existence supposée de pathologies de l'exclusion (Bresson, 2003). Pourtant, alors qu'une part importante d'établissements accueillent en priorité des personnes rencontrant différents problèmes sanitaires, les professionnels de santé représentent une part très faible des personnels dans les structures d'hébergement (tableau 1).

**Tableau 1 : part des CHRS hébergeant en priorité des publics rencontrant des problèmes de santé, et proportion de professionnels de santé en 2016.**

|   | CHRS    | Autres centres | Maisons relais |
|---|---------|----------------|----------------|
| Personnes confrontées à l'alcoolisme, aux toxicomanies ou à d'autres dépendances    | 30,7 %  | 21,3 %         | 39,1 %         |
| Personnes sortant d'établissement psychiatrique ou souffrant de troubles psychiques | 27,7 %  | 19,1 %         | 52,9 %         |
| Personnes souffrant de pathologies lourdes et invalidantes                          | 12,7 %  | 12,3 %         | 22,1 %         |
| Personnel médical en % du total d'équivalent temps plein                            | < 0,1 % | < 0,1 %        | < 0,1 %        |
| Personnel paramédical en % du total d'équivalents temps plein                       | 2,0 %   | 1,1 %          | 1,2 %          |

Lecture : 30,7 % des CHRS déclarent héberger en priorité des personnes confrontées à l'alcoolisme, aux toxicomanies ou à d'autres dépendances. Le personnel médical et paramédical en CHRS représente à peine 2 % des effectifs en ETP.

Source : DREES, enquête ES-DS 2016.

L'écart entre la forte prévalence de problématiques de santé et la très faible part de professionnels capables de les prendre en charge se répercute sur les professionnels du travail social (Schlegel 2021) : « on a un public qui est très difficile par rapport soit à une addiction, soit à de multiples addictions... et puis, il faut pas se leurrer, y'a un gros problème pathologique derrière, qu'il soit d'ordre psy ou d'ordre physique, et des fois c'est les deux mêlé. On n'arrête pas de dire qu'il faudrait un psy à temps plein, un médecin à temps plein, et une infirmière à temps plein ici ! » (Conseillère en économie sociale et familiale, 35 ans, 10 ans d'ancienneté).

À l'exception de quelques dispositifs médicalisés<sup>4</sup>, la prise en charge des sans-domicile est restée ancrée dans le secteur social, de sorte qu'elle relève selon un médecin « du médico-social de fait, mais pas de droit ». Ainsi, dès lors que le financement des actions associatives obéit à une logique qui entretient les limites sectorielles entre social et médico-social, les associations peinent à recruter des professionnels de santé. À l'image de l'ASP (encadré 3), elles sont amenées à déployer différentes stratégies, par exemple en ayant recours au bénévolat ou aux vacations, ou en élargissant leurs activités dans le domaine médico-social.

### Encadré 3

#### DIVERSIFICATION DE L'ACTION ASSOCIATIVE ET MÉDICALISATION DU SECTEUR

Afin de contourner ce qui est présenté par les travailleurs sociaux comme une insuffisante médicalisation du secteur, les associations peuvent avoir recours à des médecins bénévoles, aux vacations ou plus rarement à la salarisation à temps partiel. Au sein de l'ASP, plusieurs médecins ont longtemps partagé leur activité entre un exercice libéral et des vacations associatives. En 2005, l'association obtient finalement un agrément qui lui permet de transformer ces permanences en centre de santé et ce faisant, de salarier un médecin, qui répartit son temps de travail au sein des différents dispositifs de l'association.

Une autre stratégie passe par la diversification des activités associatives, celle-ci pouvant s'opérer selon plusieurs logiques. Au milieu des années 2000, l'ASP absorbe deux associations de plus petite taille et se tourne vers la prise en charge du handicap psychique après s'être dédiée pendant près de trente ans aux personnes sans-domicile. Cette diversification se traduit par la médicalisation de ses activités : en 2018, l'Agence régionale de santé est devenue son principal financeur, à hauteur de 35 % de son budget global.

<sup>4</sup> Ces dispositifs ne sont pas intégrés au champ de l'enquête ES-DS alors qu'ils existent depuis plus de quinze ans, confirmant indirectement leur insuffisante intégration au système de prise en charge.

\*\*\*

L'institutionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile s'est opérée en lien direct avec l'évolution de cette population : alors qu'elle a connu une augmentation et une diversification très nettes au cours des vingt dernières années, les modalités de prise en charge se sont elles-mêmes multipliées, portées par des acteurs associatifs de plus en plus étroitement encadrés par l'État. Ce faisant, les travailleurs sociaux ont massivement investi les dispositifs nouvellement créés. Mais si professionnalisation il y a eu, celle-ci s'est opérée en trompe-l'œil, comme le montrent la baisse tendancielle du taux d'encadrement au sein des structures d'hébergement, l'hétérogénéité des modalités d'accompagnement selon les publics, ou encore les carences en matière de prise en charge sanitaire.

Ces constats interrogent d'autant plus que certaines évolutions récentes sont susceptibles d'infléchir l'organisation de la prise en charge à moyen terme : d'une part, l'accent mis sur la politique du « logement d'abord » questionne les ressorts du travail social tel qu'il est mis en œuvre dans les structures d'hébergement, en inversant les logiques professionnelles à l'œuvre dans le secteur<sup>5</sup> ; d'autre part, la montée en puissance de « l'entrepreneuriat social » (Gérome 2015), composé d'un ensemble d'acteurs qui cherchent à associer des objectifs de solidarité et des visées de rentabilité économique, promet de faire évoluer les dynamiques ici décrites en reconfigurant les relations entre acteurs publics et privés de la prise en charge.

#### RÉFÉRENCES

**Bresson Maryse**, 2003, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence ». *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 115 (2) : 311-26.

**Brousse Cécile**, 2006, « Le réseau d'aide aux sans-domicile : un univers segmenté ». *Économie et statistique*, n° 391-392 : 15-34.

**Duvoux Nicolas et Michèle Lelièvre**, 2021, « La pauvreté démultipliée. Dimensions, processus et réponses (printemps 2020 - printemps 2021) ». Rapport au Premier ministre. Paris : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

**Gérome Clément**, 2015. « Les entrepreneurs sociaux à l'assaut du monde associatif ». *Mouvements*, no 81 (février) : 51-59.

**Hély Matthieu et Maud Simonet**, 2013, *Le travail associatif*. Nanterre : Presses Universitaires de Paris Ouest.

**Schlegel Vianney**, 2021, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans-domicile ». *Sociologie du Travail*, vol. 63 (3).

<sup>5</sup> Le paradigme du « logement d'abord » fait du logement le point de départ de l'accompagnement social, là où le modèle préexistant (dit « de l'escalier ») visait à accompagner les personnes de la rue vers le logement.

Les actualités du Centre d'études de l'emploi et du travail (dernières publications, colloques et séminaires) sont en ligne sur le site : [ceet.cnam.fr](http://ceet.cnam.fr)  
Elles sont également disponibles via la [lettre électronique Flash](#) ainsi que les comptes [Twitter @CeetEtudes](#) et [LinkedIn Cnam-CEET](#).

#### Centre d'études de l'emploi et du travail

29, promenade Michel Simon - 93166 Noisy-le-Grand CEDEX

Directrice de publication : Christine Erhel - Rédacteur en chef et relations Presse : Bilel Osmane - Téléphone : 01 45 92 68 48

Mise en page : Ad Tatum - Dépôt légal : 1805-066 - Février 2022 - ISSN : 1767-3356