

Lutte contre les discriminations au Samusocial de Paris: constats et préconisations

Diagnostic

Mission Promotion de l'égalité

Le Samusocial de Paris (SSP) a lancé au printemps 2022 une nouvelle mission autour des enjeux de promotion de l'égalité avec pour ambition de réaliser un diagnostic comme point de départ à un plan de prévention et lutte contre les discriminations.

Quels objectifs pour la mission promotion de l'égalité ?

- Encourager une approche intersectionnelle des parcours et accompagnements
- Participer à la mise en place d'un accompagnement égalitaire et inclusif
- Outiller les professionnels et participer à l'amélioration continue des pratiques
- Assurer le respect des droits des personnes accompagnées
- Promouvoir le bien vivre ensemble dans les structures d'accueil
- Lutter contre la stigmatisation des personnes à la rue
- Promouvoir la connaissance et l'observation des discriminations et stigmatisations

Pourquoi un diagnostic ?

- Partir des constats et difficultés terrains
- Croiser les regards et observations
- Remonter les questionnements et pratiques professionnelles

Cadre methodologique du diagnostic :

Un peu plus de 120 personnes* ont été impliquées dans cet état des lieux grâce à :

- Des entretiens semi directifs individuels ou focus group : 89 personnes
- 3 présentations et échanges en réunion d'équipe
- 2 ateliers collectifs inter professionnel-le-s, construction d'un théâtre forum : 14 personnes
- 1 atelier débat avec des personnes hébergées : 20aines d'hébergées

* Détails des corps de métiers interrogés : 12 directeurs et directrices de pôle en entretiens préparatoire, 12 responsables de structures (CHU, LHSS, accueil de jour, LAM, pensions de familles, etc.), 6 partenaires extérieurs, 6 juristes, 14 travailleurs et travailleuses sociales, 4 cadres de missions transverses, 1 conseiller et 1 conseillère en Insertion Professionnelle, 1 coordinateur et 1 coordinatrice de sites, 5 cadres d'équipes mobiles, 1 membre des Organisation Syndicales, 1 agente de restauration, 4 animateurs, 2 responsables qualité de l'équipe DELTA, 2 chargées de projet qualité, 5 personnes de l'équipe Communication, 1 tutrice de l'équipe DELTA, 7 infirmières /aides-soignantes, 1 médecin, 1 secrétaire, 1 médiateur et 1 médiatrice de l'équipe DELTA

De quoi et de qui allons-nous parler ?

Ce diagnostic rend compte de toutes les situations et risques de discriminations qui impliquent les personnes accompagnées dans différents interactions (au sein du collectif, dans les rapports avec les professionnels du SSP, dans les démarches d'accès aux droits, etc) qui ont été identifiés à partir du regard et des observations du personnel du SSP. Ces premiers constats ont permis d'identifier les jalons du recueil de la parole des personnes accompagnées concernant les discriminations vécues.

La question de la promotion de l'égalité a été entendue dans un sens large.

Ont pu être abordées des discriminations au sens strict du terme (sens juridique), mais aussi des injures et violences à caractères discriminatoires, de la stigmatisation et de l'exclusion de certains publics, des micro-agressions, et des inégalités de traitement ou de posture professionnelle.

Toutes ces situations seront présentées dans ce bilan car elles participent au continuum des violences vécues.



Résultats

FICHE 1

Racisme • Interculturalité • Xenophobie

CONSTATS : Des tensions manifestant du racisme et de la xénophobie sont majoritairement ressorties des échanges. Les situations de racisme se manifestent comme ceci :

Racisme entre personnes accompagnées

Ce racisme dit « ordinaire » prend la forme d'insultes quotidiennes, de stigmatisations, d'exclusions, voire de violences physiques entre personnes accueillies. La saturation des dispositifs d'hébergement, les inégalités de prestation d'accueil et la « concurrence » entre les publics pour des places d'hébergement peut générer voire amplifier une certaine xénophobie.

Micro agressions quotidiennes de personnes accompagnées vis-à-vis du personnel du SSP

Ces micro agressions racistes prennent la forme d'insultes, de stigmatisation, et de mise en doute des compétences. Elles se déroulent généralement dans des contextes particuliers (moment de la toilette,

des soins, distribution de repas) et touchent davantage certains corps de métiers aux statuts précaires, peu ou pas qualifiés, qui font moins figure d'autorité et qui sont souvent occupés par des personnes racisées. Ces agressions sont en partie justifiées par la frustration engendrée par le manque de temps accordé au public. Les troubles psy, les addictions, la fatigue, ou tout simplement le racisme ordinaire peuvent aussi expliquer ces insultes quotidiennes. Les ressentis principaux face à ces situations, si elles ne sont pas invisibilisées, sont souvent de l'ordre de la banalisation voire du fatalisme : « on n'en tient pas rigueur », « c'est le lot du métier », « y'a rien à faire ». Tous les professionnel-le-s n'ont pas les mêmes limites et seuil de tolérance. Certains ont évoqué un risque d'effritement de la relation professionnel-le/personne accompagnée qui peut survenir et entraîner des actes de violences en retour. Dans les cas plus graves, les professionnel-le-s sont dans l'attente d'un positionnement et d'un soutien fort de l'institution qui a parfois pu être taxée « d'immobilisme ».

Des enjeux d'interculturalité et des risques de repli communautaire

Dans les structures d'accueil, les conflits et les préjugés sont fréquents entre communautés parmi le public. Une pression sociale peut aussi s'exercer sur ceux et celles dérogeant aux normes et coutumes culturelles de leur communauté. Au niveau des pratiques professionnelles, une certaine essentialisation des compétences s'observe avec l'envoi fréquent d'agent d'une certaine communauté (linguistique, ethnique ou religieuses) pour régler un conflit auprès d'une famille issue d'une même communauté. Cette pratique est légitimée par la réalité du terrain, afin de faciliter le lien avec les familles et la bonne réception de la médiation. Du favoritisme et des passe-droits accordés par des équipes hôtelières à certaines familles sont aussi régulièrement relevés par les équipes de Delta et posent question en termes d'égalité de traitement.

En externe, du racisme ordinaire ou institutionnel

Les responsables de structures déplorent un « racisme plus décomplexé » de la part des riverains et riveraines, particulièrement lors de l'installation d'une structure dans un nouveau quartier. Ce même constat a été remonté par les équipes terrain qui relèvent quotidiennement lors de leur accompagnement en rendez-vous extérieurs de la suspicion de fraude, des réflexions ethnocentrées, et une parole niée des personnes accompagnées de la part des agents administratifs ou médicaux rencontrés. Le pôle communication/mécénat du SSP atteste lui aussi recevoir occasionnellement des remarques racistes ou xénophobes concernant l'attribution de dons.

Racisme et stigmatisation des personnes accompagnées par les professionnel-le-s

Une forme de stigmatisation de la part des équipes véhiculée par l'usage de blagues ou de clichés sur certaines communautés a pu être observée et évoquée. Le recours à l'humour est souvent présenté comme une « soupape de décompression » ou comme outil de « dédramatisation » par les équipes ayant conscience de participer au continuum des violences et de créer à terme un risque d'inégalité de posture professionnelle.



FICHE 2

Sexisme • Violences de genre • Biais de genre

CONSTATS : Des situations témoignant du sexisme et mettant en lumière des stéréotypes de genre ont été remontées par l'ensemble des personnes rencontrées. Les situations rapportées vont de la blague sexiste aux violences physiques graves, mettant en évidence un continuum de violences de genre. La question de la prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles parmi les publics accueillis est un enjeu pour la plupart des services opérationnels rencontrés.

Sexisme au sein du public accompagné

Les équipes observent du sexisme ordinaire principalement au sein de la sphère familiale du public accueilli, marqué par une division genrée du travail au sein des couples. De manière générale le public montre une forte assignation aux rôles sociaux de sexes. Dans les structures, le sexisme se manifeste aussi par une inégale appropriation de l'espace. Dans les centres familles les équipes déplorent le peu d'implication des hommes dans la vie du CHU alors qu'ils mènent paradoxalement les échanges lors des entretiens et suivi social du couple. Au contraire, dans les structures mixtes pour personnes isolées, certaines femmes ont tendance à fuir les espaces collectifs et les activités collectives par crainte vis-à-vis des hommes.

Sexisme et division genrée du travail au sein des équipes

Des situations de sexisme entre collègues, véhiculé par des blagues et du dénigrement de compétences, ont été signalées. Ces situations peuvent être encore plus complexes lorsque les corps de métiers impliqués sont fortement genrés, avec des enjeux de hiérarchie, de diplômes, et de cultures (infirmières ou travailleuses sociales VS interprètes, chauffeurs, etc). Le sexisme entre professionnel-le-s se manifeste aussi par une division genrée de l'intervention sociale auprès du public et parfois une essentialisation des compétences qui se retrouve dans certains discours : « il faut un vrai homme dans cette structure », « ça ne nous dérange pas d'envoyer un homme pour gérer les conflits, on n'est pas féministe ici ». Les femmes professionnelles, au contraire sont plus facilement envoyées et reçues pour parler de santé sexuelle, de parentalité, d'alimentation, et tous sujets liés au « care » traditionnellement assignés aux femmes.

QUELQUES EXEMPLES DE SITUATIONS PROBLÉMATIQUES :

- Infirmière noire jugée moins compétente par ses patients : « les blancs, ils ont le savoir »
- Réticence d'une travailleuse sociale (TS) à accompagner une famille qu'elle supposait terroriste
- Refus qu'un don privé soutienne des personnes noires ou étrangères

QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES ?

- Quel soutien proposer aux corps de métier plus exposés aux micros agressions ?
- Comment réduire la banalisation de certaines situations ?
- Quelles actions possibles face au racisme ordinaire dans le collectif ?

PRATIQUES MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES :

- Interdiction de surnom afin de garantir une égalité de posture vis-à-vis du public
- Signature d'une charte de bonne conduite par les hôteliers rappelant le principe de « non-discrimination »
- Mise en place d'affiches de sensibilisation et d'expositions autour du racisme

Biais de genre dans les interactions

Certains professionnels rencontrent des difficultés liées au genre dans leurs rapports avec le public. Des femmes peuvent hésiter à se confier à des professionnels masculins, tandis que certains professionnels craignent d'être intrusifs ou illégitimes. Des interactions moins fluides avec les usagers et le risque de drague non consentie ou d'agressions sexuelles ont également été signalés par des femmes professionnelles. Enfin, dans certains centres la figure masculine professionnelle est automatiquement rattachée à la figure d'autorité ce qui peut poser question en termes de représentation.

Les femmes victimes de violences

Les principales difficultés identifiées concernent : le repérage des victimes avec des professionnels qui se disent démunis et frileux concernant le questionnement systématique ; et l'accompagnement des victimes avec des questionnements sur les canaux de prise en charge, le travail à mener avec les auteurs et des questionnements juridiques. Concernant l'orientation des victimes, les équipes déplorent un manque de places et de structures adaptées, plus particulièrement pour les situations de violences de genre en-dehors du contexte familial (traite, prostitution, agressions sexuelles).

Sexisme et reproduction des inégalités H/F induites par les professionnel·le·s

Des biais de genre ont aussi pu être observés dans l'accompagnement social proposé au public. Cet accompagnement différencié reproduit voire entretient les inégalités entre les sexes, la division genrée du travail domestique ou les stéréotypes de genre.



« DES BIAIS DE GENRE ONT AUSSI PU ÊTRE OBSERVÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PROPOSÉ AU PUBLIC. »

QUELQUES EXEMPLES :

- Équipe qui sollicite davantage les femmes pour les tours de ménage dans le CHU
- Jugement de valeurs de la part de professionnel·le·s sur la fécondité et grossesses des femmes, jugées pas « responsables » car en situation de précarité

QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Comment favoriser une mixité positive dans les structures d'accueil ?
- Comment lutter contre le sexisme et la division genrée du travail au sein de son équipe ?
- Comment casser les stéréotypes et les inégalités hommes/femmes auprès du public ?

PRATIQUES MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES :

- Constitution de binômes H/F professionnel·le·s pour gérer les situations de conflits
- Recevoir les membres d'un couple séparément pour mieux repérer les violences
- Formation sur les violences de genre spécialisées par corps de métiers

FICHE 3

Public LGBTIQ+

- Orientation sexuelle
- Identité de genre



CONSTATS : Certaines difficultés concernant l'accueil et l'accompagnement des personnes LGBTIQ+ ont émané du diagnostic bien que le sujet n'ait pas été abordé systématiquement par les professionnel·le·s. Cela témoigne soit d'une plus grande invisibilisation de ce public et de ses problématiques, soit d'une plus rare fréquentation de la communauté LGBTIQ+ dans le secteur généraliste privilégiant plutôt des structures spécialisées ou l'auto gestion. Deux constats sont ressortis des différents pôles : une stigmatisation forte du public et un sentiment d'être démunis et peu outillé pour l'accueil et l'accompagnement en tant que professionnel·le.

Une stigmatisation importante du public LGBTIQ+

Elle se manifeste principalement par des insultes, une mise à l'écart, des violences physiques, ou des propos non adaptés. En cas de violences, les équipes ont reconnu re orienter les victimes vers des lieux dits plus sécurisés pour leur sécurité immédiate, ce qui questionne néanmoins sur le respect du principe d'inconditionnalité de l'accueil et sa mise en pratique concrète.

Au niveau du Pôle Habitat du SIAO, les orientations des personnes transgenres posent de grandes difficultés. Le service fait quotidiennement face à des partenaires réticents voire refusant d'accueillir ce public. Les orientations dites sécurisées sont très peu nombreuses.

Un manque de connaissance sur ce public, ses droits et difficultés

Les professionnel·le·s éprouvent souvent un manque de connaissance, d'information et d'outils pour bien accompagner ce public, étant peu sensibilisés et formés à ses problématiques. Cela se confirme par l'emploi de vocabulaire peu approprié qui constitue déjà en soi des violences psychologiques importantes pour les personnes concernées. La montée en compétence des professionnel·le·s sur ces sujets, semble fortement dépendante des responsables d'équipe et varie beaucoup selon les services.

QUELQUES EXEMPLES :

- Des partenaires qui comparent la transidentité à un « positionnement idéologique »
- Emploi de termes non appropriés par les professionnel·le·s rencontré·e·s : « hermaphrodite » (personne intersexe), « personne qui se déguise » (personne transgenre)

QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Comment sécuriser nos structures pour garantir l'inconditionnalité de l'accueil ?
- Comment garantir une montée en compétence de toutes les équipes ?

PRATIQUES MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES :

- Présentation du Guide de la FAS sur le sujet en réunion d'équipe
- Proposition de formation en interne

FICHE 4

Addictions • Réductions des risques et des dommages

CONSTATS : Deux constats concernant la problématique des addictions sont ressortis : la stigmatisation des consommateurs et des consommatrices et le positionnement ambivalent des professionnel·le·s concernant la démarche de réduction des risques alcool (RDR).

Stigmatisation des personnes consommatrices

Une partie du personnel véhicule une représentation négative des personnes consommatrices d'alcool. La consommation d'alcool est perçue soit comme une maladie soit comme un choix personnel. Les déterminants sociaux qui peuvent mener à ces conduites addictives sont peu évoqués et l'addiction est vue davantage comme une cause que comme un symptôme des difficultés rencontrées par la personne. Des discours stigmatisants et infantilisants peuvent être tenus envers les consommateurs et les consommatrices les considérant comme incapables de prendre les bonnes décisions pour leur santé. La consommation est souvent perçue comme facteur déclencheur et aggravant de violences. Cette stigmatisation a aussi de lourdes répercussions sur leurs accès aux droits : refus d'orientation en raison de l'addiction, impossibilité d'accès à une cure sans hébergement, etc.



Une démarche de réduction des risques qui fait débat au sein des équipes

La démarche de RDR Alcool ne fait pas l'unanimité au sein des équipes. Les réticences concernent principalement : la peur de débordement, l'incitation à la consommation, le manque de professionnel·le·s compétents et formés pour accompagner les consommateurs et consommatrices, le risque que ce public en chasse un autre, le manque d'information sur la mise en place, les objectifs et les résultats attendus de la démarche. Les craintes semblent davantage émaner du personnel médical pour qui la RDR peut être perçue comme une « révolution des mentalités » et un « contre sens dans leurs pratiques de soins ».

« LA RECHERCHE D'UN ÉQUILIBRE ET D'UNE MIXITÉ DES PROFIS PEUT CONDUIRE À DES RÉTICENCES À ACCUEILLIR CERTAINS PUBLICS. »

🔍 QUELQUES EXEMPLES :

- Evaluation psy devant être faite à jeun : accès aux soins compromis pour une partie consommatrice du public ayant du mal à être à jeun

❓ QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Proposer une démarche de RDR peut-elle constituer une discrimination ou un risque d'exclusion pour les personnes non consommatrices ?
- Comment accompagner son équipe à la mise en place d'une démarche de RDR ?

👥 PRATIQUES MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES :

- Création d'un poste de Chargée de mission RDR Alcool
- Formations et sensibilisation auprès des professionnel·le·s
- Mise en place de théâtre forum autour des addictions/violences

FICHE 5

Laïcité • Religion • Neutralité

CONSTATS

Respect de la pratique religieuse du public

La majorité des professionnel·le·s adoptent un positionnement de respect du principe de laïcité, voire un désintéret pour le sujet : « on ne s'en mêle pas », « ça ne nous regarde pas ». Les difficultés surviennent lorsque des adaptations du fonctionnement de la structure sont nécessaires pour respecter la pratique religieuse du public.

Principe de neutralité au SSP

L'enjeu principal soulevé par les professionnel·le·s concerne le positionnement de l'institution et, par conséquent, celui à adopter en tant que responsable d'équipe ou agent.e d'un GIP. Bien que l'obligation de neutralité et le respect du principe de laïcité soient inscrits dans les statuts du personnel, ils ne semblent pas compris et déployés de la même manière au sein des différents pôles. Plusieurs questionnements et difficultés ont émergé lors des entretiens avec le sentiment d'être démunis face à certaines demandes du public. La montée en compétence est difficile en l'absence d'un positionnement clair.



« LES DIFFICULTÉS SURVIENNENT LORSQUE DES ADAPTATIONS DU FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE SONT NÉCESSAIRES POUR RESPECTER LA PRATIQUE RELIGIEUSE DU PUBLIC. »

🔍 QUELQUES EXEMPLES :

- Volonté d'un résident de choisir le genre de son·sa TS selon ses convictions religieuses
- Refus d'une équipe de décaler les horaires de distribution des repas lors du Ramadan
- Exemples de questionnement des équipes concernant le principe de laïcité : la prise de

RDV dans le cadre de l'accompagnement social doit-elle prendre en considération les heures de prière ? Un espace pour la prière doit-il être mis à disposition en cas de chambre partagée ? Une personne hébergée a-t-elle le droit de prier au réfectoire ?

❓ QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Qu'est-ce que le statut de GIP implique en termes de laïcité/neutralité ?
- Qu'est-ce qu'être salarié d'un GIP implique comme positionnement ?
- Comment garantir la pratique religieuse en CHU tout en respectant le principe de laïcité ?

FICHE 6

Publics spécifiques • Minorités • Accompagnements différenciés

Des groupes de publics sont fortement exposés aux risques d'inégalité et de stigmatisation, soit parce qu'ils cumulent plusieurs vulnérabilités, soit parce qu'ils ont des besoins spécifiques, ou enfin parce qu'il s'agit d'un groupe minoritaire invisibilisé. Les équipes sont particulièrement démunies face à la stigmatisation que subit ce public et estiment ne pas pouvoir assurer un accompagnement totalement égalitaire, inclusif et adapté.

■ PROBLÉMATIQUE LIÉE À LA SANTÉ

Public avec troubles psychiatriques lourds

La totalité des équipes se disent : « *démunies, pas assez outillés* » voire « *craintifs* » pour accompagner ce public pourtant de plus en plus présent. Certain·es professionnel·le·s témoignent des représentations qu'ils véhiculent et le risque d'inégalité de traitement et de posture professionnelle qui peut survenir. En plus des difficultés connues concernant la prise en charge de la santé mentale, les professionnel·le·s dénoncent un manque d'adaptation du secteur aux réalités du public précaire.

Population vieillissante/ perte d'autonomie

La problématique du vieillissement et de la perte d'autonomie est de plus en plus prégnante dans les structures d'hébergement or c'est un public mal pris en charge par le secteur de l'hébergement d'urgence généraliste. Les locaux ne sont pas adaptés et les équipes ne sont pas compétentes pour répondre à leurs besoins n'ayant pas été recrutées pour cela initialement. Les équipes alertent sur l'inadaptation des locaux pour des fins de vie dignes.

PMR

Les locaux ne sont pas adaptés et obligent les familles et les équipes à des manutentions et organisations lourdes. Ce public subit de surcroît la stigmatisation et la mise à l'écart par le reste du collectif.

Personnes souffrantes de la tuberculose

L'équipe en charge de ce public est régulièrement témoin de la stigmatisation et des discriminations que subissent les personnes atteintes (ou ayant été atteinte) de la tuberculose : demande de certificat de non contagiosité par les acteurs et actrices du réseau, refus d'orientation dans des structures, perte d'hébergement après diagnostic, non-respect du droit à l'oubli, rupture du secret médical, mise à l'écart, emploi de surnom stigmatisant (« *le tuberculeux* »), etc.



■ COMPOSITION DU MÉNAGE

Personnes isolées avec long parcours de rue

Les personnes isolées ont souvent moins de réseau, de ressources et d'informations que les familles à la rue. Le non recours est plus important et il est plus difficile de les mobiliser. Concernant les orientations, le secteur manque de solutions d'hébergement adaptées. En aval, le parc de logement social est plutôt pensé pour les familles. Certain·e·s professionnel·le·s déplorent que les CHU jouent de moins en moins « *le jeu de l'urgence sociale* » en refusant les profils dits « *difficiles* », étiquette qui stigmatise les personnes avec de long parcours de rue qui cumulent plusieurs problématiques et vulnérabilités.

■ SITUATION ADMINISTRATIVE

Passé pénal

Les personnes ayant un passé pénal se voient souvent opposer ce dernier lors de leurs démarches d'accès aux droits. Elles cumulent d'autant plus les stigmatisations lorsqu'il s'agit de personnes non régularisées. Quel que soit l'issue du jugement (jugé coupable ou innocent) le droit au séjour est régulièrement refusé pour motif de « *menace à l'ordre public* ». Cette double peine entretient une dynamique de précarité et les maintient dans un vide juridique.

🔍 QUELQUES EXEMPLES :

- Mère de famille obligée de porter quotidiennement son fils adolescent handicapé pour sortir de son lit et sa chambre d'hôtel par manque de locaux adaptés
- Attribution d'un titre de séjour de 1 an au lieu de 10 pour motif de menace à l'ordre public

❓ QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Quel équilibre entre accompagnement différencié et posture professionnelle égalitaire ?
- Quel sens au CHU généraliste ?

👥 LES ÉQUIPES :

- Sensibilisations et médiations auprès des partenaires médicaux par les professionnel·le·s
- Saisine et partenariat avec le Défenseur des droits



Femmes enceintes/sortantes de maternité – mères isolées

Au-delà des difficultés liées à leur état de santé et de précarité, les femmes enceintes/sortantes de maternité rencontrent des difficultés dans l'accès et le maintien dans un hébergement avec parfois une impossibilité de continuité de séjour. La saturation des dispositifs ne leur permet pas toujours d'avoir un hébergement à la sortie de la maternité.

Stigmatisation du public sans-abri

CONSTATS : L'étude a permis d'aborder la stigmatisation que subit le public accompagné du fait de sa situation précaire. Certains éléments réels ou supposés liés à leur situation d'urgence sociale, comme le manque d'hygiène, l'alcoolisme, les violences, les maladies, la mendicité, etc., contribuent également à cette stigmatisation. Une image stéréotypée du sans-abrisme circule au sein du grand public qui nie une partie des réalités des publics, pourtant très hétérogènes, qu'accompagne le SSP.

Accueil des structures par le voisinage

Des difficultés et réticences peuvent émerger à l'ouverture d'une structure de la part des mairies ou des collectifs de voisinages. Les structures pour les femmes seules ou les familles sont généralement mieux reçues, bénéficiant d'une image plus positive. Une fois installées les structures indiquent ne pas avoir de problèmes majeurs avec les voisins mais des liens limités. D'après les responsables, la professionnalisation du SSP et l'amélioration de la qualité des bâtiments contribuent à une évolution positive de l'accueil des centres d'hébergement dans les quartiers.

Perception du sans-abrisme par le grand public

Les professionnel·les constatent une ambivalence de la perception du public précaire dans l'opinion publique. Ils craignent d'un côté un « *ras le bol* » face à l'augmentation du nombre de personnes à la rue, mais constatent aussi une plus grande tolérance liée à la mauvaise conjoncture économique actuelle touchant l'ensemble de la population.

« LES PROFESSIONNEL·LES CONSTATENT UNE AMBIVALENCE DE LA PERCEPTION DU PUBLIC PRÉCAIRE DANS L'OPINION PUBLIC. »

Médias et campagne de dons

Les médias sont en demande d'information concernant le public, bien qu'une gestion au thermomètre sur ces thèmes perdure. La diversité des publics accompagnés n'est pas toujours bien relayée par la presse. Les objectifs de communication se heurtent aux objectifs de levée de fonds qui se concentrent souvent sur les maraudes, action pour laquelle le SSP est reconnu et à laquelle sont particulièrement sensibles les donateurs. Cette réalité entraîne un déséquilibre en termes de connaissance et de financement pour certains publics plus invisibilisés, ou identifiés comme « *moins vendeurs* ».

Partenaires et institutions

Les publics précaires font face à une forte stigmatisation de la part de partenaires et praticiens et praticiennes extérieures notamment dans le secteur médical. Cette stigmatisation se mêle la plupart du temps à de la xénophobie, du racisme, du sexisme et d'autres représentations négatives pouvant mener à des inégalités de traitement. Cette stigmatisation se manifeste par un accueil différentiel selon le patient voire des refus de prise en charge avec comme justificatif l'hygiène ou l'état d'incurie et de sobriété de la personne accompagnée. L'étiquette « 115 » est souvent difficile à dépasser, et est perçue comme un statut à part entière. Les équipes du SSP sont régulièrement contraintes de faire de la médiation auprès de partenaires quand bien même cela ne fait pas partie de leur mission initiale. Dans les orientations vers le logement le public précaire est discriminé et écarté par les bailleurs sociaux ou responsables de structures de type EPHAD qui craignent des impayés, des nuisances, des violences et un non-respect du règlement intérieur.



En interne et entre résidents et résidentes

Au sein des structures, des formes de stigmatisation et de classisme peuvent survenir, notamment par des résidents·tes ayant connu des ruptures de parcours brutales, cherchant à se distinguer des

stéréotypes associés au « *clochard* » en dénigrant certains comportements, aspects physiques ou habits d'autres résidents·tes.

QUELQUES EXEMPLES :

- Pétition contre l'ouverture d'une structure par un collectif de citoyens
- Remarques dérogatoires de la part d'agents administratifs à propos de personnes accompagnées : « *ces gens-là* » « *ça pue* » « *ça ne comprend pas le français* »
- Propos tenus par des propriétaires privés en vue de développer du CHU diffus : « *si on se rend compte que ce sont des gens normaux alors on adaptera...* »

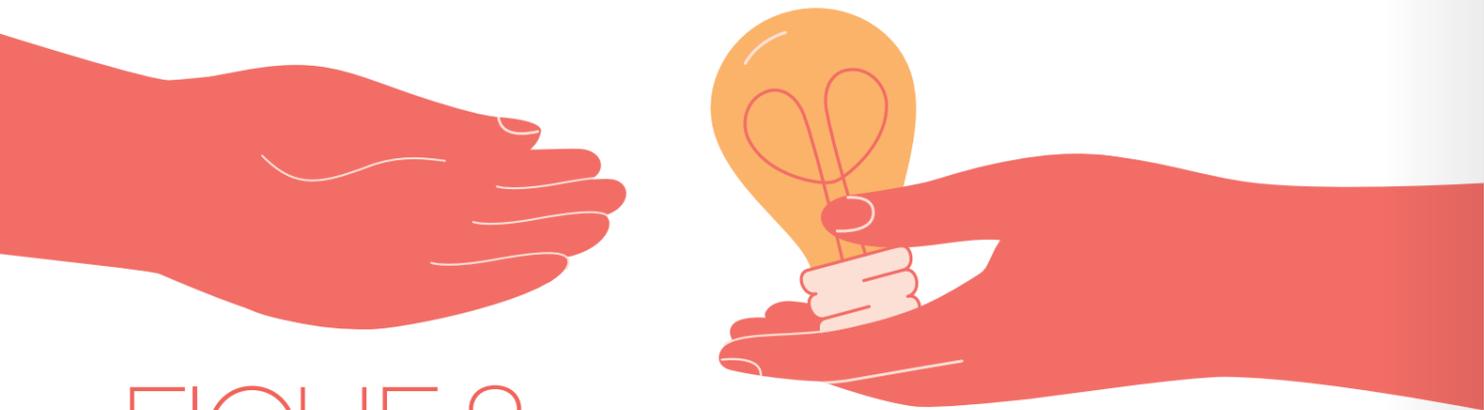
QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Comment mieux rendre compte de la diversité des profils accompagnés par le SSP ?

PRATIQUES MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES :

- Réunion de présentation des projets d'ouvertures auprès des citoyens du quartier
- Portes ouvertes au moment de l'ouverture d'une structure

Fiches enjeux transversaux



FICHE 8

Inconditionnalité • Collectif • Non-discrimination

CONSTATS : L'inconditionnalité de l'accueil est un principe fort du secteur de l'AHI. Il est inscrit dans le projet institutionnel du SSP. Cependant, sa mise en pratique est confrontée à plusieurs défis et risques qui menacent son application effective. Voici les principaux constats relevés :

■ AU NIVEAU DES STRUCTURES D'ACCUEIL

La Gestion du collectif

La recherche d'un équilibre et d'une mixité des profils peut conduire à des réticences à accueillir certains publics, tels que les personnes souffrant de troubles psychiques lourds, pour des raisons de sécurité et de bien vivre ensemble du collectif.

Secteur généraliste inadapté

Certains profils sont considérés comme ne relevant pas du secteur généraliste et n'ayant pas leur place en CHU. Leur accueil répond à un manquement par ailleurs. C'est particulièrement le cas pour les personnes relevant d'hôpital psychiatrique, de soins d'urgences, ou des personnes en perte d'autonomie, etc.

Turn over et enjeu de fluidité imposée

Afin d'assurer une fluidité des parcours et des sorties du dispositif d'urgence, les personnes aux statuts administratifs régularisés sont privilégiées à l'entrée, car ayant davantage et plus rapidement des orientations et solutions envisageables.

Manque d'inclusivité sécurisée

Certains profils particulièrement vulnérables et potentiellement à risque de stigmatisations et violences sont automatiquement re orientés vers d'autres structures dites plus sécurisées, sous entendant que certaines ne permettraient pas un accueil et accompagnement sécurisé et inconditionnel.

INCONDITIONNALITÉ • COLLECTIF
• NON-DISCRIMINATION

FICHE 8

Équipe réduite, budget limité

Les prix de journées accordés aux structures d'accueil peuvent avoir un impact négatif sur les effectifs et la pluridisciplinarité des équipes et créer un risque de privilégier l'accueil des publics dits « faciles » afin de ne pas mettre en difficulté l'équipe.

Bati pas adapté

Cet argument a été avancé concernant l'accueil de personnes à mobilité réduite et pour qui les installations et structures n'étaient pas toujours adaptées et optimales.

Entretien de pré admission

La mise en place d'entretiens de préadmission divise les responsables de structures, certains craignant qu'ils ne compromettent l'inconditionnalité en étant subjectifs, arbitraires et ne « jouant pas complètement le jeu de l'urgence sociale » tandis que d'autres les voient comme un moyen de faciliter l'arrivée des personnes sur le site et de construire une mixité positive.

Conviction personnelle et neutralité de l'accompagnement

L'inconditionnalité dans les accompagnements peut faire débat. Certaines situations pourraient mettre les équipes en difficulté pour être totalement neutre et égalitaire dans leurs pratiques et posture si les actions et parcours des personnes venaient drastiquement se heurter à leurs convictions personnelles.

■ AU NIVEAU DES ORIENTATIONS

Les critères de priorisation/vulnérabilité du SIAO

Les critères de priorisation du SIAO et la manière dont ils ont été conçus sont parfois ressentis comme opaques et subjectifs.

Les refus d'orientation et d'accueil de partenaires

Le pôle Habitat du SIAO 75 relève quotidiennement des pratiques de certains opérateurs et opératrices qui refusent des profils sans raisons légitimes, ce qui est contraire à l'inconditionnalité de l'accueil.

🔍 QUELQUES EXEMPLES :

- Refus de prise en charge d'une personne en situation de prostitution car crainte de développement d'un nouveau réseau sur le CHU accueillant (CHU extérieur au SSP)
- Refus d'une femme victime de violences car situation jugée trop complexe (CHU extérieur)
- Accompagnement différencié et biaisé auprès de personnes accusées de traite des êtres humains, de terrorisme, etc.

❓ QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- À quelle échelle l'inconditionnalité doit elle se jouer ? D'un CHU, du SSP, du secteur ?
- Quel rôle du SIAO vis-à-vis de partenaires du secteur qui ne respectent pas ce principe ?



FICHE 9

Éspace & bati • Mixité • Intimité • Bien vivre ensemble

CONSTATS : Le bâti et les espaces ont un rôle clé sur le climat général d'une structure. Ils peuvent à la fois favoriser le bien vivre ensemble et être vecteur d'autonomie, ou au contraire être déclencheur de conflits et tensions qui se manifestent le plus souvent par des propos discriminatoires, injurieux voire des violences physiques. L'organisation du bâti a aussi un impact sur la participation aux espace-temps collectifs qui favorisent la convivialité et in fine contribuent à apaiser les tensions dans le collectif.

La promiscuité à l'origine des tensions

Le partage des chambres et la cohabitation dans les locaux sont les éléments principaux déclencheurs et vecteurs de tensions dans le collectif où des propos racistes et/ou stigmatisants émergent. Les grands espaces, de type dortoir, sont aussi vecteurs de tensions et de stigmatisations, voire de pression sociale. Ces grands espaces où tout le monde peut voir et être vu en permanence sont souvent le terreau de jugements, de ragots et carcans et in fine de stigmatisation et exclusions de certains vis-à-vis d'un groupe. Dans ce type d'espace les exclusions semblent plus fréquentes car elles peuvent permettre l'exemplarité et la paix sociale. La difficile mobilisation et participation des usagers aux actions collectives s'explique aussi par cette fuite de la promiscuité et la recherche d'intimité et d'espace-temps où ils peuvent se retrouver seuls.

L'enjeu du fonctionnement des lieux

La façon dont les espaces sont organisés et règlementés peut avoir un impact sur le climat général entre les résidents ou les résidentes :

Des fonctionnements différents en un même lieu :

La cohabitation de deux fonctionnements différents et inégaux (hébergement à la nuitée VS en continuité, hébergement en lit VS fauteuils) dans un même espace peut être créateur de tensions. Ces différences de fonctionnement rendent d'autant plus visible la mise en concurrence vis-à-vis de l'hébergement induite par la saturation des dispositifs. Cela génère jalousie, incompréhension, et sentiment d'injustice qui peut se transformer en violences et stigmatisation pour tenter d'y trouver un sens et une explication.

Des espaces non cadrés : L'absence de réglementation claire sur la manière dont les résidents et résidentes peuvent s'approprier les lieux et la liberté que cela leur accorde notamment vis-à-vis de leur chambre peut générer des incompréhensions avec l'équipe.

Des fonctionnements infantilissants : Certaines installations dans les centres peuvent être infantilissantes et mettre les résidents et les résidentes en situation de demande et de dépendance vis-à-vis des équipes. Ces contextes créent un plus grand risque de maltraitance en rendant le public dépendant pour certains de leurs besoins premiers.

QUELQUES EXEMPLES :

- Impossibilité pour les résidentes en continuité d'accéder à de l'eau, à de la nourriture ou encore aux douches quand elles le souhaitent dans la journée
- Exclusion d'une dame car empêche la tranquillité du collectif la nuit (téléphone, lumière)

QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Comment optimiser les espaces pour garantir sécurité et intimité ?
- Comment penser et organiser une mixité positive ?
- Comment, à partir du bâti et de la décoration, susciter la convivialité ?

PRATIQUES MISES EN PLACE PAR LES ÉQUIPES :

- Installer des cuisines collectives pour favoriser l'autonomie des résidents
- Équilibrer les effectifs H/F pour ne pas créer de minorités dans la structure
- Travailler avec des architectes d'intérieur pour optimiser les espaces
- Organiser des forum sur « l'intimité » pour questionner les pratiques professionnelles

FICHE 10

Conditions d'accueil • Politiques publiques • Prestations

CONSTATS : L'amélioration du bâti a un impact positif sur l'image de l'hébergement d'urgence, souvent stigmatisé ce qui in fine influe sur la perception que les résidents-tes ont d'eux-mêmes. L'accueil dans des locaux de qualité véhicule un sentiment de sécurité, de reconnaissance et de valorisation. Néanmoins face à cette amélioration de la qualité des centres d'hébergements, certains risques et dérives ont été identifiés :

Risque d'hébergement à deux vitesses

Certain-e-s professionnel-le-s dénoncent une politique publique de l'hébergement à deux vitesses avec d'un côté la politique du Logement d'abord prônant l'accès au logement autonome direct et de l'autre côté l'ouverture de dispositifs perçus comme des pis-aller à de l'hébergement (gymnase, halte de nuit sur fauteuils, hébergements alternatifs, etc). L'écart se creuse aussi entre des nouvelles structures offrant des prestations d'accueil et de confort de qualité et des anciennes structures pour qui l'humanisation du bâti est un besoin réel. L'absence de standards de qualité partagés constitue un vrai risque d'inégalité de prestation.

Repenser les moyens en fonction du public accueilli

Les subventions non pérennes des appels à projets limitent la capacité des centres à inscrire dans la durée les améliorations apportées. L'absence de politique qualité partagée et soutenue par les tutelles et la faiblesse de l'évaluation continue dans le secteur AHI freinent la mise en place de réajustements réguliers et favorables à l'inclusivité. Le besoin de repenser et réévaluer régulièrement les moyens en fonction du public accueilli et de ses besoins est essentiel.

Différence de prestation dans l'hébergement d'urgence et risques de discriminations

Bien que réglementé par le même code, l'hébergement d'urgence en CHU ou en hôtels sociaux dans la pratique ne donne pas droits aux mêmes prestations ce qui peut constituer une inégalité de traitement et un non-respect du droit. Dans certains hôtels, les personnes ne bénéficient pas d'une prestation d'alimentation ni d'une évaluation médicosociale. Au sein d'un même organisme gérant plusieurs centres d'hébergement, le fonctionnement interne peut également être inégalitaire en matière de participation financière ou de fins de prise en charge.



FICHE 11

Accès aux droits • Non recours • Violences institutionnelles

Plusieurs formes de stigmatisation se retrouvent au sein de certaines institutions, ou de la part de praticiens ou de praticiennes impactant directement l'accès aux droits des personnes accompagnées. Ces violences institutionnelles réelles ou ressenties mènent souvent à du non recours ou à de la discrimination caractérisée par des refus de guichet. Plusieurs institutions et partenaires ont été pointé du doigt, notamment : la préfecture, la CAF et certains services publics (école, crèche, police, services sociaux, mairies, impôts, etc.). Ces institutions ont pu être accusées de rendre leur fonctionnement volontairement opaque afin de décourager une partie des demandes. Les équipes ont évoqué l'accueil parfois dégradant et humiliant de certains organismes et la parole niée des personnes qu'ils accompagnent lors de ces RDV. Les suspicions de fraudes sont de plus en plus fréquentes et les exigences de preuves plus strictes poussent les personnes à multiplier les récits de vie au cours de leurs démarches. Deux droits en particulier sont mis en danger en raison d'une forte stigmatisation :

L'accès au logement social

De nombreux freins, qui semblent souvent subjectifs, incompréhensibles et illégitimes par les professionnel·le·s et les familles sont avancés pour justifier un refus de logement social. Les familles peuvent être stigmatisées car jugées pas assez « *Insérées* » ou autonome (sans toutefois de critères particuliers pour le mesurer). On peut leur reprocher une épargne insuffisante pour assurer le paiement du loyer. Concernant le recours au DALO les professionnel·le·s constatent que sans note sociale, pourtant facultative, la démarche a peu de chance d'aboutir.

L'accès aux soins

Quasi toutes les équipes rencontrées ont témoigné du difficile accès aux soins pour le public accompagné en raison principalement de la stigmatisation par le personnel de soin ou assimilés et au manque d'adaptation des services de soins aux réalités des personnes en situation de grande exclusion. Pour la grande majorité des équipes du SSP orienter vers le droit commun n'est pas envisageable les obligeant à recourir à des organismes qualifiés par certains de « *SDF friendly* ».

La question de l'insertion professionnelle

Les conseillers et conseillères en insertion professionnelle identifient un certain nombre de freins à l'accès à l'emploi. Certains sont classiques (âge, addictions lourdes, handicap, troubles, psy, non-maîtrise du français, etc) d'autres plus spécifiques et touchent davantage les femmes : garde des enfants pour les femmes non régularisées, champ des possibles réduit lié à des représentations genrés vis-à-vis de certains secteurs d'activité dans lesquels les personnes ne se projettent pas par stéréotype ou auto-censure. La division sexuée du travail au sein des couples freine aussi l'employabilité des femmes. Enfin, le manque de connaissance du secteur de l'IAE par les TS et des fausses représentations sur ce secteur ne permettent pas une orientation optimale d'une partie du public vers les CIP.

🔍 QUELQUES EXEMPLES :

- **Préfecture** : prise de RDV quasi impossible. Refus fréquent de la 1^{ère} demande. Durée anormalement longue pour le traitement des dossiers et des récépissés.
- **Cantine scolaire** : des mairies qui n'appliquent pas les tranches tarifaires 0 ou 1 sans attestations des TS de l'absence de ressource des familles

- **CAF** : nombreux contentieux concernant les droits des enfants nés en France
- **Mairie** : suspicions de fraude auprès des mères étrangères pour les papiers des enfants
- Questions intrusives et intimes de l'OFPPA pour justifier une demande d'asile.
- Refus d'AME par pharmacies de quartier

❓ QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Quel processus interne pour recenser les discriminations et les signaler ?

FICHE 12

Lutte contre les discriminations au SSP

Constats généraux :

L'étude a mis en lumière des biais dans la posture et pratique professionnelle liés à des représentations et une difficile prise de recul de la part des professionnel·le·s concernés. Une partie des représentations et/ou clichés s'expliquent par un manque de connaissance, de formation et d'outillage face à la grande diversité de profils et des problématiques rencontrées. Certains règlements de fonctionnement ainsi que le manque de ressource humaine et financière sont propices à un plus grand risque de maltraitance.

Universalisme républicain vs segmentation

La question de l'équilibre entre réponse universelle et prise en charge spécifique a suscité des débats. Certains professionnel·le·s ont évoqué leurs craintes d'une trop grande segmentation, du « *sur étiquetage* » et du risque de « *ghettoïsation* » si des CHU par problématique ou vulnérabilités venaient à ouvrir.

Inclusivité au SSP

L'inclusivité et la promotion de l'égalité sont souvent abordées par le prisme de la tolérance et du respect de la différence qui font davantage consensus et sens quel que soit les cultures, plutôt que par le terme « *discrimination* », terme juridique, qui est rarement employé par les personnes accueillies. Un rappel de la loi et de la législation peut cependant être utile pour rétablir des distinctions entre liberté d'expression et incitation à la haine.

Action de sensibilisation et réaction à la violence

En matière de lutte contre les stigmatisations et les violences, les équipes agissent plutôt en réaction qu'en prévention, notamment en raison de contraintes organisationnelles (rencontres ponctuelles avec le public, difficile mobilisation et participation du public aux activités collectives, manque de moyen humain et gestion quotidienne des urgences, etc.) Le recours aux sanctions (exclusions, dépôt de plaintes, éloignements, etc) est parfois organisé mais pose des questions éthiques aux équipes. Le SSP a créé un comité de prévention des violences et de la maltraitance en 2022, pour piloter les orientations du SSP sur ce sujet. Afin de définir ces orientations, un diagnostic pour identifier, quantifier et objectiver les violences sous ses diverses formes a été réalisé fin 2022.

Recours possibles en interne

Concernant les ressources et outils de protection, de cadrage et de recours mis à disposition des victimes en interne du SSP, ils sont peu nombreux et parfois incomplets. Il n'existe à l'heure actuelle pas de document interne rappelant à tous les agents et toutes les agentes le principe de non-discrimination et la lutte contre les stigmatisations vis-à-vis de leurs collègues et des personnes accompagnées. Aucun outil juridique avec rappel du droit autour des discriminations, n'est mis à disposition des responsables ou équipe ni de processus transversal de recours et/ou de réclamation pour les personnes accompagnées qui s'estimeraient victimes de discriminations, stigmatisations ou maltraitance de la part de quiconque.

Recours possible en externe

Le Défenseur des droits a pu être sollicité dans certains cas, néanmoins son absence de pouvoir de contrainte et le peu de suite donnée après sollicitation en décourage la saisine. Les discriminations sont difficiles à prouver s'agissant parfois de ressenti ou de suspicions. Les démarches sont chronophages et complexes pour les équipes et victimes : « *on s'habitue* », « *on focalise notre énergie sur autre chose* ».

❓ QUESTIONNEMENTS ET ATTENTES :

- Faut-il tendre vers des CHU plus spécifiques ou véritablement généralistes ?
- Comment mieux garantir les droits des usagers et des usagères sans que cela ne se fasse aux dépens de la protection des autres résidents et résidentes et personnel ?
- Comment accompagner sans faire à la place de la personne ?

Préconisations

Aux vues de ces différents constats, un plan d'action pour prévenir et lutter contre les stigmatisations et discriminations observées va être déployé au SSP. Ci-dessous une liste de préconisations et objectifs auxquels devra répondre le plan d'action. Toutes les propositions d'actions seront mises au débat et à validation tant auprès des équipes que des usagers et usagères.

AXE 1 : Informer / Former

Objectif 1 : Assurer la montée en compétences des professionnel·le·s pour prévenir les risques de discriminations et renforcer les accompagnements

OPE 1 : Renforcer la formation continue pour déconstruire les préjugés et faciliter les accompagnements

OPE 2 : Outiller pour développer un accueil inclusif et faciliter le repérage et l'orientation

Objectif 2 : Informer sur le droit pour lutter contre le non-recours

OPE 1 : Clarifier certaines démarches administratives auprès des professionnel·le·s

OPE 2 : Lutter contre la méconnaissance du droit des personnes concernées

AXE 2 : Repérer/ Signaler

Objectif 1 : Quantifier les phénomènes de discriminations pour lutter contre la banalisation

OPE 1 : Faciliter le repérage et la remontée des situations vécues

OPE 2 : Développer la collecte de données pour visibiliser les discriminations

OPE 3 : Instaurer une démarche d'évaluation et d'amélioration continue sur ces thèmes

Objectif 2 : Faciliter les possibilités de recours des personnes concernées

OPE 1 : Développer les modalités interne de recueil de réclamations du public

OPE 2 : Développer des outils et ressources de recours mobilisables en externe

Axe 3 : Lutter / Soutenir

Objectif 1 : Combattre les stéréotypes quotidiens et encourager la bienveillance dans le collectif

OPE 1 : Sensibiliser le public accompagné

OPE 2 : Encourager la participation et le pouvoir d'agir des publics

OPE 3 : Mettre en place des actions pour apaiser les structures et favoriser une mixité vertueuse

OPE 4 : Sanctionner les auteurs et travailler sur la responsabilisation

Objectif 2 : Enrichir l'offre d'accompagnement au bénéfice des publics victimes

OPE 1 : Créer une dynamique et un réseau partenarial

OPE 2 : Développer des ressources de soutien spécialisé en interne

Objectif 3 : Favoriser une culture de l'égalité

OPE 1 : Développer tous partenariats en faveur de plus d'égalité

OPE 2 : Organiser des temps forts autour des journées internationales de lutte contre les discriminations

Axe 4 : Communiquer

Objectif 1 : Diminuer la stigmatisation du public précaire - Faire évoluer les mentalités

OPE 1 : Rendre visible la diversité des profils accompagnés et les missions du SSP

OPE 2 : Sensibiliser les partenaires extérieurs aux réalités des publics accompagnés

Objectif 2 : Œuvrer en faveur des droits des personnes accompagnées

OPE 1 : Renforcer le plaidoyer en faveur du respect des droits des personnes accompagnées

OPE 2 : Valoriser les études et enquêtes menées par l'Observatoire du SSP en la matière

OPE 3 : Participer à la construction des politiques publiques en la matière

Objectif 3 : Inciter les professionnel·le·s à une veille constante en matière de lutte contre les discriminations

Axe 5 : Cadrer

Objectif 1 : Renforcer la politique institutionnelle du SSP en matière de promotion de l'égalité

OPE 1 : Se doter d'un cadre réglementaire clair en matière de lutte contre les discriminations et stigmatisations

OPE 2 : Intégrer la LCD à la politique de prévention des situations de violence et de la maltraitance

OPE 3 : Afficher le soutien de l'institution à la diversité des publics accueillis et favoriser une culture de l'égalité

Objectif 2 : (Re)Penser les pratiques professionnelles au prisme de la promotion de l'égalité

OPE 1 : Harmoniser les pratiques pour réduire les inégalités de traitement et favoriser l'inclusivité

OPE 2 : Anticiper les logiques de cohabitation entre publics au sein des centres « généralistes »

OPE 3 : Développer la réflexivité concernant une posture professionnelle plus inclusive