



DRJSCS

Direction Régionale de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale



→ Non-recours et renoncement aux soins des
personnes en situation de grande précarité

Septembre 2017



Université de Lille 3 - Master 2 Stratégie de Développement Social
Caroline GODART, Marianne L'HEVEDER, Morgane PAYEN, Nawalle SAOUDI
Sous la direction de Vanessa STETTINGER - Maître de conférences

REMERCIEMENTS

Nous tenions tout d'abord à remercier chaleureusement notre tutrice, Madame Vanessa Stettinger, pour son aide et sa disponibilité tout au long de ce projet.

Nous présentons également nos remerciements à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale pour la confiance qu'ils nous ont accordée, ainsi qu'à Monsieur Philippe Warin pour sa collaboration dans cette recherche.

Nous souhaitons aussi remercier nos partenaires, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Hainaut-Cambrésis ainsi que la Caisse d'Assurance Retraite et Santé Au Travail Nord-Picardie pour leurs formations et leurs conseils.

Nous remercions tout particulièrement les centres d'hébergement et les associations d'aide alimentaire qui nous ont accueillies, ainsi que les personnes accompagnées pour le temps qu'elles nous ont octroyé lors des entretiens.

Enfin, nous exprimons nos profonds remerciements aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer notre travail.

Introduction	7
Première partie : Condition de vie et état de santé des personnes rencontrées	28
I. Des modes de vie précaires	28
A. Précarité de l'emploi, précarité au travail.....	28
1) Précarité de l'emploi.....	28
2) Précarité au travail.....	31
B. Vivre la précarité au quotidien.....	32
1) La faiblesse et l'instabilité des ressources	32
2) Logement précaire ou sans logement	33
3) Restrictions et privations dans l'accès à la consommation.	35
C. L'importance d'une mobilité quotidienne pour pallier l'ennui.....	36
1) Une forte désocialisation génératrice d'ennui et de solitude	36
2) « Bouger » pour échapper à la solitude.....	38
3) Un rôle de socialisation des structures à travers la mise en place d'animations	39
4) Une mobilité quotidienne restreinte.....	40
II. L'état de santé des personnes rencontrées	43
A. Entre protection et risque	43
B. L'importance accordée à la santé chez les personnes en situation de grande précarité.....	48
1) La santé : une préoccupation secondaire	48
2) Différentes places accordées à la santé et au recours aux soins.....	51
a) Des recours réguliers et ponctuels	51
b) Des renoncements aux soins subis ou volontaires	52
C. Divers contournements pour pallier le non-recours.....	54
III. Présentation de portraits représentatifs.....	58
Des parcours chaotiques à la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance	58
Les personnes immigrées sans logement stable	58
Ruptures familiales et perte de logement des personnes de plus de 50 ans.....	59
Les travailleurs pauvres et les pré-retraités : Impact sur le recours aux soins	59

Deuxième partie : Les causes du renoncement aux soins..... 74

I. Des parcours de vie instables	74
A. D'un lieu de vie à un autre.....	74
1) Instabilité du logement.....	74
2) Être bien chez soi : les différentes phases de stabilisation.....	76
B. Une mobilité géographique limitée.....	80
C. Les enjeux des socialisations et désocialisations	83
1) Les enjeux des réseaux familiaux dans le renoncement aux soins	84
2) Le rôle des réseaux relationnels entre pairs dans le recours aux soins	87
II. L'impact des contraintes institutionnelles	89
A. Un manque d'information évident.....	90
B. Une complexité administrative persistante	94
1) La lourdeur administrative des dossiers	94
2) La barrière de la langue	97
C. La dématérialisation et la suppression des services publics de proximité	99
D. Intériorisation d'un stigmaté	102
III. Des contraintes liées aux professionnels de santé	106
A. L'accès aux soins est-il régi par les professionnels de santé ?.....	106
1) Les difficultés d'accès aux soins : un renoncement aux soins spécialisés chez les personnes rencontrées.....	107
2) Le refus des médecins à traiter les bénéficiaires des assurances maladie CMU-C et AME	108
B. La distance entre professionnels de santé et patients.....	110
1) De diagnostics hâtifs aux mauvaises prescriptions.....	111
2) L'absence d'une relation de confiance	113
3) Les conditions de vie invisibles	114
C. Des mauvaises expériences vécues.....	116

Troisième partie : L'accès aux droits de santé : Les leviers d'action et leurs limites 119

I. L'accompagnement social : une approche globale à l'origine de diverses pratiques	119
A. Une prise en charge globale et individualisée	119
B. Une relation de confiance indispensable	124
C. Un accompagnement sous contraintes	129
II. De multiples freins repérés par les professionnels	133
A. L'absence d'une relation privilégiée avec la CPAM	133
B. Des relations complexes avec les professionnels de santé	136
C. Des difficultés matérielles et moyens peu mutualisés	140
III. Des dispositifs d'accès aux droits de santé	143
A. Les dispositifs de la CPAM	143
1) Détecter le non-recours	143
2) Accompagner les personnes en situation de non-recours	144
3) Les limites de ces dispositifs	146
B. Un dispositif spécifique : les permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)	147
1) Un partenariat difficile avec les travailleurs sociaux	148
2) Les limites du dispositif	149
C. La volonté de travailler en réseau	150
1) Le travail en réseau : des représentations différentes en fonction des structures	150
2) Le travail en réseau : difficultés et limites	152
3) Un levier pour les usagers	153

Conclusion	155
Préconisations.....	157
Préconisation n°1	157
Préconisation n°2	158
Préconisation n°3	159
Préconisation n°4	160
Préconisation n°5	161
Préconisation n°6	163
Préconisation n°7	164
Bibliographie.....	165
Annexes	170
Annexe 1 : Index des sigles	170
Annexe 2 : Guide d'entretien des professionnels	171
Annexe 3 : Entretiens Professionnels.....	173
Annexe 4 : Guide d'entretien des usagers	175
Annexe 5 : Entretiens Publics	179

INTRODUCTION

Cette étude a été réalisée dans le cadre du groupe de développement social de l'université de Lille 3 et commanditée par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) des Hauts-de-France. Elle porte sur le non-recours aux droits et plus précisément aux soins des personnes en situation de grande précarité. Ce projet s'inscrit dans le prolongement des réflexions menées au sein du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (DRJSCS Hauts-de-France) et du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), en collaboration avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Hainaut (CPAM). Parallèlement, l'étude a été menée en Auvergne-Rhône-Alpes par des étudiants de l'École de Santé Sociale Sud Est. Ces deux recherches ont été réalisées sous la coordination de Philippe Warin, spécialiste du non-recours en France et chercheur à l'institut des sciences politiques de Grenoble. Il est aussi le fondateur de l'Observatoire du non-recours aux droits et services (ODENORE).

Ce projet a pour objet de réaliser une enquête qualitative auprès de personnes en grande précarité, rencontrées dans les centres d'hébergement et dans les associations d'aide alimentaire, afin de comprendre leurs besoins d'accompagnement dans l'accès aux soins et à la santé. L'objectif principal de cette enquête est de comprendre ce besoin multifactoriel au regard des situations des personnes et des obstacles qu'elles rencontrent pour accéder aux soins et à la santé. Elle est guidée par plusieurs objectifs secondaires : d'une part de resituer les situations et obstacles dans les trajectoires de vie et les parcours sociaux ; d'autre part de mesurer le besoin d'accompagnement à l'aune des supports formels et informels dont les personnes disposent ou non. Enfin, il s'agit de comprendre du point de vue des individus les supports et soutiens trouvés grâce aux structures d'aide qu'elles fréquentent (CHRS, banque alimentaire...) ou qu'elles estiment pouvoir y trouver. Nous espérons ainsi pouvoir apporter à la CPAM du Hainaut les outils nécessaires pour favoriser l'accès aux soins de cette population.

Afin de mener à bien notre enquête, nous nous sommes appuyées sur différentes notions :

Les personnes en situation de grande précarité : un public invisible ?

Initialement, notre étude portait sur le renoncement aux soins des populations dites invisibles. Toutefois, dans la mesure où nous avons rencontré ces personnes au sein de diverses institutions, nous nous sommes interrogées sur la réelle invisibilité de cette population. Nos recherches ont mis en exergue l'existence de nombreuses définitions de l'invisibilité, et nous avons décidé de nous attarder sur celles qui prenaient sens dans notre étude et qui nous invitaient à réfléchir sur le public ciblé. Julia Tomas, par exemple, explique que, suite aux nombreuses évolutions de la notion, elle peut aujourd'hui se définir par les mots-clés suivants : « La non-reconnaissance, le manque de données et d'informations,

l'exclusion, l'inégalité »¹. Pour Guillaume Le Blanc, l'invisibilité peut être le fait de reléguer socialement, d'être méconnu. Il s'agirait d'un processus dont la conséquence serait l'impossible participation à la vie publique². Il propose également de réfléchir à l'invisibilité des récits : « Il ne faut donc pas concevoir la vie invisible comme une vie privée de récit mais comme une vie dont le récit, soit n'est pas auditionné, soit devient une preuve supplémentaire de la disqualification du récitant, soit enfin ne parvient pas à se dégager comme récit propre du fait du "contrat oppressif" que le subalterne, le précaire et l'exclu sont "obligés de nouer avec les institutions modernes de domination" »³.

Il s'agirait encore, pour reprendre le paradoxe exprimé par Yves Barel dans un texte de Gabriel Gatti, d'une « partie de la réalité sociale (qui) se laisse mal apercevoir, décrire, analyser, interpréter »⁴.

L'ensemble de ces définitions nous a permis de cadrer davantage nos questionnements quant à l'invisibilité. Il nous a servi, d'une part à penser à accorder dans l'enquête une place aux personnes en situation de renoncement aux soins. Ceci notamment en leur permettant d'exprimer leur point de vue sur les interrogations que soulèvent l'étude. D'autre part, ces définitions nous ont permis de nous intéresser plus particulièrement à l'invisibilité de leurs récits auprès des divers professionnels qu'ils sont amenés à fréquenter (administrations publiques et professionnels de santé).

Entre non-recours et renoncement aux soins

Les notions de non-recours et de renoncement aux soins recouvrent et renvoient à des dimensions qui peuvent être différentes. Alors que le premier terme concerne un besoin de soins confirmé du point de vue médical mais qui n'est pas satisfait, le second renvoie davantage à un besoin identifié et exprimé du point de vue des individus.

Le non-recours aux droits :

Les études sur le non-recours ont pris de l'importance et se sont installées durablement dans les politiques sociales. Cette notion permet, pour les diverses institutions, d'identifier les publics concernés par cette problématique ainsi que les obstacles rencontrés dans le recours aux soins.

La notion est apparue dans les années 1930 en Grande-Bretagne sous le nom de « non-take-up ». Elle se définit comme la « non utilisation volontaire de ressources publiques par des usagers informés, rationnels et calculateurs »⁵. Elle a donc été conçue dans un premier temps comme étant de la responsabilité des usagers, et porte expressément sur les presta-

1 TOMAS Julia, « La notion d'invisibilité sociale », Culture et Société, 2010, n°16, p. 2.

2 LE BLANC Guillaume, L'invisibilité sociale, Paris : PUF, coll. Pratiques théoriques, 2009, p. 1.

3 LE BLANC Guillaume, Ibid., p. 42.

4 GATTI Gabriel, « Le parasite et le social invisible, acteur et territoire des astuces sociales et sociologiques », Esprit critique, septembre 2002, vol. 4, n°9, p. 5.

5 WARIN Philippe, L'accès aux droits sociaux, Grenoble : PUG, coll. Politique en plus, 2007, p. 81.

tions sociales financières⁶. Par la suite, les études sur ce sujet se sont élargies et prennent également en compte la responsabilité des institutions et des administrations.

Ainsi, selon ODENORE, «le non-recours renvoie à toute personne qui - en tout état de cause - ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre »⁷. La notion ne prend plus uniquement en compte le choix de l'utilisateur (non-recours volontaire) mais également les contraintes qui pèsent sur celui-ci (non-recours subi).

Dans sa typologie des causes du non-recours, Philippe Warin distingue trois formes de non-recours⁸. Chacune permet d'appréhender le non-recours selon diverses causes. Cette typologie nous paraît essentielle pour expliquer ensuite le non-recours aux soins des personnes en grande précarité. C'est pourquoi, nous en reprenons les principales idées dans les schémas qui suivent.

Non connaissance de l'offre : *l'offre n'est pas connue de l'utilisateur*

Manque d'information sur son existence
ou son mode d'accès
Non proposition

Non demande de l'offre : *ici l'offre est connue mais n'est pas demandée par l'utilisateur.*

Elle concerne à la fois le non-recours subi et le non-recours volontaire.

**Non-recours
volontaire**

Non adhésion aux principes de l'offre
Intérêts divers
Manque d'intérêt pour l'offre (coût / avantage)
Estime de soi
Alternatives

Non-recours subi

Découragement devant la complexité de l'accès
Difficultés d'accessibilité (distance, mobilité)
Dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités
Raisons financières
Difficulté à exprimer ses besoins
Craintes d'effets induits
Crainte de stigmatisation
Sentiment de discrimination
Dénigrement de ses capacités
Perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits.

6 WARIN Philippe, Le non-recours: définition et typologies, ODENORE, 2010, p. 2.

7 WARIN Philippe, Ibid., p. 3.

8 WARIN Philippe, Ibid., p. 5.

La non réception de l'offre : lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue.

Abandon de la demande
Non adhésion à la proposition
Arrangement avec le prestataire
Inattention aux procédures
Dysfonctionnement du service prestataire
Discrimination

L'ensemble de cette typologie explicative, bien que portant sur le non-recours en général, nous sert donc de base d'analyse pour questionner le non-recours aux soins.

Le renoncement aux soins :

Si la notion de renoncement aux soins est largement évoquée au sein des enquêtes sur la santé, cette dernière reste complexe à appréhender et à définir. En effet, en s'intéressant à l'étude menée par Philippe Warin « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard », il est possible de mettre en évidence que la notion de renoncement va permettre « d'identifier des besoins de soins qui seraient non satisfaits alors que les personnes en ressentent la nécessité »⁹. En effet, le fait de renoncer à certains soins ne signifie pas nécessairement que les individus n'en consomment aucun. Il est donc important d'insister sur le « caractère relatif du renoncement »¹⁰. Dans ce cadre, il peut exister des cas de « renoncement barrière »¹¹, qui concernent les diverses impossibilités rencontrées par les usagers, mais aussi un « renoncement dit refus »¹², qui renvoie à des préférences ou des désaccords de la part des usagers.

De par sa nature, la notion de renoncement aux soins est nécessairement déclarative, puisqu'elle implique que les individus aient conscience d'un besoin particulier de soins auxquels ils n'ont pas été en mesure de répondre. Ici, les besoins en terme de soins ont bien été identifiés par les personnes mais n'ont pas été satisfaits. La notion de renoncement aux soins se différencie donc de celle du non-recours, qui renvoie davantage à « un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait »¹³. Dans ce cadre, le non-recours est « normatif »¹⁴ et non « déclaratif »¹⁵.

9 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard - Rapport d'étude, septembre 2014, p. 14.

10 WARIN Philippe, Ibid., p. 14.

11 WARIN Philippe, Ibid., p. 14.

12 WARIN Philippe, Ibid., p. 14.

13 WARIN Philippe, Ibid., p. 15.

14 WARIN Philippe, Ibid., p. 15.

15 WARIN Philippe, Ibid., p. 15.

Le renoncement aux soins concerne donc le bénéficiaire, alors que le non-recours concerne davantage les institutions et administrations publiques. Effectivement, selon une recherche-action réalisée en 2016 intitulée « Pratiques de santé des jeunes de formation professionnelle », un individu peut « avoir le sentiment de renoncer à un soin sans que d'un point de vue médical son état de santé soit considéré comme nécessitant des soins. Inversement un individu peut penser qu'il n'a pas besoin de soins alors que son état de santé le requiert d'un point de vue médical. »¹⁶. Nous tenterons d'étudier ces divers points de vue lors de notre développement.

L'accès et le recours aux soins des personnes en situation de grande précarité :

Il est possible d'identifier différentes fréquences de recours et accès aux soins auprès des populations évoquées précédemment.

Recours et accès aux soins des sans domicile

En s'intéressant à l'enquête intitulée « La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France », menée en 2012 par Muriel Moisy, il est possible de mettre en évidence différentes fréquences dans le recours et l'accès aux soins des personnes ne disposant pas d'un logement personnel. En effet, le non-recours aux soins varie à la fois selon le sexe et selon l'âge des individus. Il semble nettement plus fort chez les hommes que chez les femmes, et concerne davantage les personnes âgées que le reste de la population sans domicile. Dans ce cadre, plus l'individu est âgé et moins le recours est fréquent.

Ainsi, en 2012, parmi les sans domicile, les femmes étaient 6% à déclarer ne pas avoir eu recours à une consultation médicale dans l'année qui précède contre 21% chez les hommes.¹⁷ Si l'on s'intéresse aux tranches d'âge des sans domicile, il est alors possible de mettre en évidence que parmi les 25-34 ans, 8% ont déclaré ne pas avoir consulté de médecin au cours des 12 derniers mois, contre 24% des personnes sans domicile âgées de plus de 60 ans.¹⁸

La fréquence d'un recours à une visite médicale chez les personnes sans domicile varie aussi en fonction de la couverture maladie dont ils disposent. Ainsi, en 2012, 90% des individus disposant d'une couverture CMU-C déclarent avoir eu recours à un médecin au cours des deux dernières années contre 65% pour les personnes qui ne disposent d'aucune couverture maladie¹⁹. Néanmoins, il n'y a pas de différence significative entre les individus disposant d'une mutuelle ou d'une aide complémentaire à la santé et les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME (l'Aide Médicale d'État). Le recours est respectivement de 93%, 90% et 88%²⁰. Ces

16 DANSCOINE Marion, LE GOFF Marion, MASSON Tiphaine, ROSENZWEIG Matthias, WECSSTEEN Camille (STETTINGER Vanessa dir.), « Les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle », recherche-action – groupe de développement social de l'université Lille 3, 2016, p. 10.

17 MOISY Muriel, La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012, DRESS, 2015, p.666.

18 MOISY Muriel, Ibid., p. 666.

19 MOISY Muriel, Ibid., p. 666.

20 MOISY Muriel, Ibid., p. 667.

données permettent donc de constater que les couvertures CMU-C et AME remplissent leur rôle et ne sont pas nécessairement un frein dans le recours aux soins des individus.

La fréquence d'une visite chez le dentiste apparaît par contre nettement moins élevée que celle d'une visite médicale auprès d'un généraliste. En effet, en 2012, pour les personnes sans domicile fixe, le recours à un dentiste au cours des deux dernières années est de 62% pour les personnes disposant de la CMU-C et de 50% pour les personnes ayant une couverture AME²¹. Là encore, le recours est moins élevé pour les personnes qui n'ont pas de couverture maladie puisqu'il s'élève à environ 30%²². Nous verrons au cours de cette recherche que l'accès aux soins dentaires reste encore aujourd'hui très complexe pour les individus les plus précaires.

Des études sur des populations moins précaires :

Pierre Lombrail et Jean Pascal évoquent dans leur article que la situation sociale des bénéficiaires des minimas sociaux et des chômeurs « s'accompagne d'un état de santé plus fréquemment dégradé qui en retour obère leur possibilité de l'améliorer par la reprise d'un emploi. »²³

Ces derniers expriment notamment l'idée selon laquelle « Le cadre de vie, les conditions de travail, les facteurs environnementaux constituent autant de déterminants collectifs, générateurs d'inégalité sociale de santé, insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé. Par exemple, si on considère que le travail est un « privilège » des personnes en bonne santé, il n'en est pas moins un facteur de dégradation de la santé et ceci de manière très inégale selon la catégorie socioprofessionnelle et la catégorie d'emploi. »²⁴

Ils estiment le nombre de salariés exposés à des matériaux cancérigènes à de 2 millions dont 70% des individus concernés sont des ouvriers. De même que les troubles musculo-squelettiques (TMS) touchent plus souvent les ouvriers « du fait de la charge physique qui caractérise leur travail, d'autant plus qu'elle se cumule avec un stress psychosocial. »²⁵. De plus, ils expliquent que les situations de tension au travail chez les salariés, caractérisées par « une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle pour y faire face, sont plus fréquentes dans la catégorie des ouvriers (jusqu'à 26% d'exposés) et des employés (22% contre 6% chez les ingénieurs ou les cadres). Mais elles sont également beaucoup plus fréquentes chez les intérimaires (30%) et les apprentis (25%) que chez les fonctionnaires ou les salariés en CDI (17%). »²⁶

21 MOISY Muriel, Ibid., p. 667.

22 MOISY Muriel, Ibid., p. 667.

23 LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé, 2005, vol. 3, n°8, p.33.

24 LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, Ibid., p. 33.

25 LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, Ibid., p. 33.

26 LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, Ibid., p. 33.

En ce qui concerne les inégalités d'accès aux soins, ils expliquent qu'elles concernent l'ensemble de la population à des degrés différents selon les postes de dépense. Le recours aux professionnels de santé est fréquent chez les 18-75 ans mais les différences apparaissent selon le niveau d'études et de revenus. En effet, ils précisent que les personnes qui ont un niveau d'étude et un revenu élevés vont moins chez les médecins généralistes et plus chez les spécialistes²⁷.

Le choix des territoires et des structures d'enquête

En lien avec la CPAM du Hainaut, nous nous sommes rendues dans trois villes du territoire Hainaut-Cambrésis et dans une ville du territoire Flandres. Au sein de ces communes, nous sommes allées à la rencontre de plusieurs structures d'aide et d'accompagnement telles que des associations d'aide alimentaire et des centres d'hébergement.

Le territoire d'enquête : Le Hainaut-Cambrésis

Afin de sélectionner des zones ciblées du territoire, nous avons mobilisé un logiciel de localisation mis en place par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Hauts-De-France. Cet outil permet d'obtenir des informations sur les diverses communes de la région du Nord-Pas-de-Calais, à travers des indicateurs tels que le taux de population, les poches de pauvreté, les zones classées en politique de la ville ainsi que les zones rurales et urbaines. Enfin, ce logiciel facilite l'obtention de renseignements relatifs à la présence ou non d'associations au sein des communes. L'objectif était donc de sélectionner des territoires disposant de structures ou d'associations d'aide et d'accompagnement social dans lesquelles nous pourrions enquêter.

Ainsi, l'étude porte sur trois villes du territoire du Hainaut-Cambrésis. La première se situe en zone urbaine et recense environ 30 000 habitants. Elle se caractérise par un taux de pauvreté qui s'élève à 33,9% ainsi qu'un taux de chômage de 31,3% chez les personnes âgées de 15 à 64 ans, en 2013²⁸. Enfin, environ 25,81% des assurés sont affiliés à la CMU²⁹.

Les deux autres communes se trouvent en zone rurale, et comptabilisent respectivement environ 7000 habitants et environ 5000 habitants. La première zone recense un taux de pauvreté de 33,2% et d'un taux de chômage de 26,7% auprès des personnes âgées entre 15 et 64 ans³⁰. La part des assurés CMU serait d'environ 20,01% en 2016³¹. La deuxième commune se différencie quant à elle par des taux de pauvreté et de chômage plus faibles, à hauteur de 21,8% et 20,7%³². La part des personnes affiliées à la CMU est aussi moindre puisqu'elle s'élève à 13,26%³³.

27 LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, Ibid., p. 34.

28 <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

29 http://www.observatoiredesfragilites.fr/sites_I2G/prod/app/www/index.php?cont=ctl_home

30 <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

31 http://www.observatoiredesfragilites.fr/sites_I2G/prod/app/www/index.php?cont=ctl_home

32 <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

33 http://www.observatoiredesfragilites.fr/sites_I2G/prod/app/www/index.php?cont=ctl_home

Afin de compléter notre échantillon, nous avons également rencontré des professionnels et des personnes vivant en grande précarité au sein d'une ville du territoire Flandres, accueillant environ 231 491 habitants, dont le taux de pauvreté est de 24,6% et le taux de chômage d'environ 18,8% chez les personnes âgées de 15 à 64 ans³⁴. L'objectif était non seulement de récolter des données supplémentaires concernant le non-recours aux soins, mais aussi de comparer l'offre de services de santé et l'accès aux soins entre deux territoires proches.

Caractéristiques des structures :

Notre étude s'est déroulée dans des centres d'hébergement ainsi que dans des associations d'aide alimentaire.

Les centres d'hébergement

Il existe plusieurs centres d'hébergement : les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) assurant un hébergement ; les centres maternels, les centres d'accueil associatifs ou communaux ; les hôtels sociaux ; les chambres d'hôtel louées par des associations ou des organismes publics ; les places réservées à l'urgence dans des structures telles que les foyers de jeunes travailleurs ; les communautés de travail ; les logements d'insertion (ou transitionnels).³⁵ Parmi ces types d'hébergement, Maryse Marspat et Jean Marie Firdion³⁶ distinguent deux modalités d'hébergement : ceux qualifiés de longue durée, davantage fréquentés par les femmes, et les centres d'hébergement de courte durée, dont la prise en charge s'effectue entre 1 et 15 jours. Dans ces centres, les usagers ne sont logés que la nuit, et doivent se présenter ou réserver chaque jour afin d'obtenir une place.

Au sein de ces structures, la population est majoritairement composée d'anciens sans domicile fixe. En France, la définition de cette population est la suivante : « une personne est dite sans domicile un jour donné si, la nuit précédente, elle a eu recours à un service d'hébergement ou a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). »³⁷

En 2012, selon l'enquête « Hébergement des sans domiciles »³⁸ de l'INSEE-INED, dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus, 103 000 individus âgés de plus de 18 ans auraient fréquenté au moins une fois un service d'hébergement ou d'aide alimentaire. Environ 81 000 d'entre eux étaient ou sont sans domicile (et accompagnés d'environ 30 000 enfants). Parmi eux, 35% sont de nationalité étrangère francophone, 18% sont de nationalité

34 <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

35 ALIAGA Christel, BROUSSE Cécile, FOURNIER Louise, PLANTE Nathalie, « France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas », Santé, Société et Solidarité, 2003, n°1, Pauvreté et exclusion, p. 101.

36 MARPSAT Maryse, FIRDION Jean-Marie, « Sans domicile à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement », Sociétés Contemporaines, 1998, vol. 30, n°1, p. 125.

37 ALIAGA Christel, BROUSSE Cécile, FOURNIER Louise, PLANTE Nathalie « France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas », op. cit., p. 100.

38 YAOUANQC Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, RÉGNIER Virginie (INSEE), LEGLEYE Stéphane, QUAGLIA Martine, (INED), « L'Hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », INSEE Première, Juillet 2013, n°1455, p. 1.

étrangère non francophone, et 47% ont la nationalité française. Le reste des individus ayant recours aux services d'hébergement et d'alimentation sont pour 11% locataires ou propriétaires d'un logement, et environ 9% sont hébergés par un tiers. La catégorie des sans domicile regroupe les sans-abri, les personnes vivant au sein d'hébergements collectifs que l'on doit quitter le matin, d'hébergements collectifs où l'on peut rester pendant la journée, d'hôtels et de logements (non ordinaires).

Parmi les sans domicile, 26% sont âgés entre 18 et 29 ans et 25% ont 50 ans et plus. La tranche d'âge des 30-40 ans est beaucoup plus représentée parmi les sans domicile puisqu'elle s'élève à 49%. Quelque soit l'âge, parmi les personnes sans domicile, 20% sont en couple et 26% ont des enfants³⁹.

Selon cette même étude, les femmes représentent deux sans domicile sur cinq, soit environ 38% des personnes sans domicile. Les femmes sans domicile représentent 5% des sans-abris, 9% des personnes vivant en hébergement collectif devant être quitté le matin et 36% de ceux où l'on peut rester la journée. Enfin, 63% des sans domicile résidant dans un hôtel sont des femmes. L'hébergement semble donc plus stable pour les femmes que pour les hommes.

Les associations d'aide alimentaire

Il existe différentes structures d'aide alimentaire : « les distributions de repas fixes ou itinérantes ; les distributions de sachets repas ou de sandwiches, fixes ou itinérantes ; les restaurants sociaux (...); les restaurants rattachés à un lieu d'hébergement et ouvrant leurs portes à des personnes qui n'y résident pas nécessairement. »⁴⁰

Parmi les personnes qui fréquentent ce type de structures, on distingue deux types de publics : les sans domicile fixe et les personnes qui se trouvent dans une forme plus « discrète de pauvreté ».⁴¹

Parmi les sans domicile, au cours du mois précédent l'enquête menée par l'INSEE et l'INED en 2012, 20% ont reçu un bon alimentaire ou un ticket restaurant, 23% un colis alimentaire et 21% des vêtements. Ils sont 41% à avoir reçu au moins l'une de ces aides au cours du mois précédent. Le non-recours à ce type de services est donc relativement faible⁴². Pour Maryse Marpsat⁴³, les personnes qui utilisent les services de distributions de repas chauds ne sont pas uniquement des personnes sans domicile. Il s'agit des personnes ayant un logement mais qui utilisent les distributions de repas chauds. Pour certains, il peut s'agir d'anciens

39 YAOUANQC Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, REGNIER Virginie (INSEE), LEGLEYE Stéphane, QUAGLIA Martine, (INED), Ibid., p. 3.

40 ALIAGA Christel, BROUSSE Cécile, FOURNIER Louise, PLANTE Nathalie « France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas », op. cit., p. 101.

41 MARPSAT Maryse. « Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds. », Économie et statistique, n°391-392, 2006. pp. 65-85.

42 YAOUANQC Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, REGNIER Virginie (INSEE), LEGLEYE Stéphane, QUAGLIA Martine, (INED) « L'Hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », op. cit., p. 3.

43 MARPSAT Maryse. « Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds. », op. cit., p. 70.

sans abri qui ont accédé au logement mais ne sont pas sortis d'une situation de pauvreté pour autant. Il y a également des usagers qui ont eu un logement et l'ont perdu, et d'autres qui n'ont jamais eu de logement. Les personnes logées sont souvent plus âgées. Ce sont plus souvent des hommes, notamment parce que les femmes surtout avec enfants, sont hébergés par des centres d'hébergement de longue durée⁴⁴.

Les structures rencontrées :

Afin d'aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité, nous nous sommes rendues au sein de plusieurs structures d'aide et d'accompagnement. Nous nous sommes notamment intéressées aux associations disposant de centres d'hébergements relevant de l'urgence, de la réinsertion sociale ou encore de la stabilisation. Ainsi, nous avons eu l'occasion de rencontrer des individus fréquentant des centres d'hébergement divers et variés. Nous sommes également entrées en contact avec des associations d'aide alimentaire qui pratiquent notamment la distribution de colis.

Dans le territoire du Hainaut-Cambrésis, situé en zone urbaine, la structure au sein de laquelle nous avons enquêté se compose de trois établissements : un centre d'hébergement d'urgence (CHU) pouvant accueillir dix personnes, dont cinq places sont dédiées aux hommes et cinq places sont dédiées aux femmes. Cette structure est aussi dotée d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), mettant à disposition trente places à destination de familles, en leur garantissant un logement personnel par ménage. Enfin, cette association propose aussi un centre d'hébergement dit « diffus », ayant une capacité de quinze logements.

En zone rurale, nous avons aussi eu l'occasion de nous intéresser à une association spécialisée dans l'hébergement des personnes sans domicile. Cette dernière dispose de quatre établissements d'accueil : le premier correspond à un CHU, ayant pour vocation d'accueillir, d'héberger et d'accompagner, et dispose d'une capacité d'accueil de douze personnes. Le deuxième établissement est un hébergement de stabilisation de quatre personnes. L'association a aussi mis en place un centre d'hébergement spécifique pour des personnes en démarche de soins avec le désir de rompre avec l'alcool pouvant lui aussi accueillir quatre personnes. Le dernier établissement est constitué d'une maison-relais proposant vingt-quatre logements dédiés aux personnes âgées de plus de 40 ans souffrant de solitude.

La structure d'aide alimentaire dans laquelle nous nous sommes rendues se situe, elle aussi, en zone rurale. Il s'agit de la seule association qui pratique la distribution de colis alimentaires au sein de la commune. Au cours de l'hiver 2016-2017, ces derniers ont accueilli 174 familles bénéficiant d'un colis alimentaire toutes les semaines. Au cours de l'été 2017, ils recevront 76 familles tous les quinze jours.

44 MARPSAT Maryse, Ibid., p. 70.

Enfin, au sein de la commune du territoire Flandres, située en zone urbaine, nous avons eu l'opportunité de rencontrer divers acteurs : une première association mettant à disposition de multiples services tels qu'un centre de soins pour les individus n'ayant aucune couverture maladie ou encore de l'aide alimentaire à travers la distribution de colis. Une seconde association qui offre elle aussi plusieurs services comme un accueil de jour, un centre de soins ainsi que des établissements d'hébergement. Au sein de ce territoire, nous avons également pu rencontrer des personnes directement dans la rue.

Structures en zone rurale :

Structures	Actions	Places disponibles	Personnes accueillies
CHRS	Hébergement et accompagnement social	44 places	34 personnes accueillies

Structures	Actions	Public accueilli l'hiver 2016/2017	Public accueilli l'été 2017
Association d'aide alimentaire	Distribution de colis alimentaires	174 familles	76 familles

Structure en zone urbaine :

Structures	Actions	Places disponibles	Personnes accueillies
CHRS	Hébergement et accompagnement social	55 places	34 personnes accueillies

La pluralité des services et des établissements d'accueil mis en place par les associations rencontrées nous ont permis de recueillir des données concernant divers publics, situations sociales et trajectoires personnelles. Néanmoins, nous nous sommes heurtées dans un premier temps, à de nombreuses difficultés d'accès aux terrains et territoires d'enquête.

Les difficultés rencontrées au cours de l'enquête

Comme il a été précisé précédemment, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés d'accès aux terrains et territoires d'enquête qui nous ont mené à adapter nos méthodes de travail et notre calendrier. En effet, au cours de l'enquête, nous avons dû changer de commune à plusieurs reprises. Nous avons également été contraintes de relan-

cer lesdites communes et n'avons parfois obtenu aucune réponse, ceci pour plusieurs raisons :

Dans un premier temps nous pouvons évoquer le fait que certaines structures rencontrées ne correspondaient pas aux attentes de l'étude, c'est-à-dire que soit celles-ci n'avaient aucun intérêt pour notre recherche, elles ne se sentaient pas concernées par la problématique du non-recours aux soins, soit elles n'intervenaient pas dans ce champ. C'est le cas d'une association qui a accepté de nous rencontrer mais qui dans son processus d'action ne traitait pas la question du soin et de la santé. Cette association nous a précisé que cette thématique n'était jamais abordée avec les personnes qu'elle accompagne parce qu'elle ne se sent pas légitime de le faire. Nous avons donc pu nous entretenir avec elle sur plusieurs autres thématiques sauf sur notre sujet d'enquête.

Outre le problème du champ d'action, certaines associations qui intervenaient dans les domaines du soin et de la santé n'ont pas désiré donner suite à une première entrevue. Pour illustrer ce constat nous pouvons prendre l'exemple d'une association qui nous a uniquement suggéré d'apposer une affiche qui proposerait aux personnes volontaires de nous contacter.

De plus, nous pouvons dire que certaines associations, notamment dans plusieurs communes du Hainaut, n'ont pas désiré nous répondre malgré plusieurs tentatives de prise de contact. Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle ces associations n'avaient pas de temps à nous consacrer ou encore qu'elles étaient réticentes envers notre étude, cette dernière étant commanditée par la DRJSCS des Hauts-de-France qui leur délivre une habilitation. Ces difficultés nous ont donc amené à revoir nos territoires d'enquête et à démarrer nos entretiens plus tard que prévu.

Concernant l'accès aux structures, certaines prises de rendez-vous et rencontres n'ont pas été évidentes. C'est le cas d'une des associations d'aide alimentaire étudiée, ouverte une fois toutes les deux semaines pour la distribution, ce qui a restreint nos possibilités de rencontres. De plus, le mode d'intervention de ces associations et les moyens dont elles disposent ne nous ont pas permis de rencontrer des personnes de manière idéale.

En effet, ces structures, de manière générale, ont des locaux assez étroits et doivent accueillir un grand nombre de bénéficiaires. C'est la raison pour laquelle il nous a été difficile de faire de l'observation et de glaner autant de témoignages que nous l'aurions souhaité car les bénévoles censés nous introduire auprès des usagers étaient très occupés d'une part, et craignaient que notre présence déstabilise à la fois les usagers et leurs méthodes de travail.

Nous tenons également à préciser qu'en terme de méthodologie, un autre CHRS dans lequel nous nous sommes rendues a pour principe de n'enregistrer aucune conversation. Les entretiens ont donc dû être réalisés autrement, nous aurons l'occasion de développer plus amplement ce sujet ultérieurement.

Des techniques d'enquête qualitatives

Pour mener à bien notre enquête, différentes méthodes ont été mobilisées, essentiellement qualitatives. Tout d'abord, lors des rencontres au sein des diverses structures, nous avons pu mener quelques observations. Originellement, ces dernières auraient dû être réalisées à l'occasion de différents temps d'immersion dans chaque territoire. Ceci nous aurait permis notamment d'être davantage identifiées par les usagers et professionnels des structures, de pouvoir les rencontrer à plusieurs reprises si nécessaire voire de partager divers instants du quotidien avec eux. Cependant, faute de temps et parfois de conditions nécessaires à cela, ces moments ont été difficilement réalisables. Nous avons finalement pu nous rendre à trois reprises et durant plusieurs heures dans un des CHRS. Ces temps, bien que consacrés aux rencontres avec les usagers de la structure, nous ont également permis de pouvoir être sur les lieux, d'observer le fonctionnement de la structure ainsi que certaines interactions entre les professionnels et les résidents du CHRS. De même, nous avons pu nous rendre dans l'association d'aide alimentaire à trois reprises, lors des après-midi de distribution des colis.

Des entretiens semi-directifs ont également été réalisés. Ils représentent la principale méthode d'enquête utilisée. Lors de notre arrivée dans chacune des structures, nous avons, dans un premier temps, rencontré des professionnels ou bénévoles. Ceci nous a permis de présenter l'étude ainsi que notre démarche. Un guide d'entretien, composé de quatre thèmes principaux, a été conçu afin de préparer au mieux ces rencontres. Nous avons évoqué à la fois la présentation de la structure, le partenariat et le maillage de territoire, l'accès aux droits et aux soins des publics accueillis ainsi que les difficultés rencontrées dans le cadre de l'accompagnement proposé par les structures.

Guide d'entretiens des professionnels et bénévoles des structures rencontrées :

Thèmes	Contenus
Présentation de la structure	<ul style="list-style-type: none">- Services et actions proposés- Les publics accueillis et les modalités d'accueil- Communication auprès des potentiels usagers ainsi que des divers acteurs du territoire
Partenariat et maillage de territoire	<ul style="list-style-type: none">- Les partenariats engagés et leurs formes- Les actions menées conjointement avec d'autres structures- Les ressources existantes au sein de réseaux professionnels
Publics accueillis et leurs accès aux soins	<ul style="list-style-type: none">- Les difficultés rencontrées- Les besoins des personnes- Les services mobilisés le plus souvent
Constats et besoins des professionnels et bénévoles des structures	<ul style="list-style-type: none">- Difficultés et freins dans l'accompagnement mené dans le cadre de la santé- Les besoins des professionnels et bénévoles pour une amélioration de l'accompagnement- L'impact de l'accompagnement sur les usagers des structures

Suite à ces premiers entretiens, nous en avons organisé d'autres avec les usagers des structures. Un guide d'entretien a également été réalisé et comporte six thèmes principaux :

Guide d'entretien des usagers :

Thèmes	Contenus
Présentation de la personne	<ul style="list-style-type: none">- Situation familiale- Trajectoire résidentielle- Parcours scolaire et professionnel
Structure(s) fréquentée(s)	<ul style="list-style-type: none">- L'avis de la personne sur celle-ci et sur ses services- Autres structures fréquentées
Mobilité	<ul style="list-style-type: none">- Modes de déplacement- Accès aux divers services et institutions
Liens avec des travailleurs sociaux	<ul style="list-style-type: none">- Ressenti des personnes quant à l'accompagnement- Apports de l'accompagnement- Besoins
Liens avec l'entourage	<ul style="list-style-type: none">- Liens avec leur famille, amis et autres proches- Ressources à disposition (financières, matérielles, humaines, etc)

Santé et démarches de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Trajectoires de prise en charge - État de santé - Difficultés et besoins - Bien-être et hygiène de vie
-----------------------------	---

Opter pour l'entretien semi-directif a permis aux enquêtés d'avoir la liberté de s'exprimer et d'orienter l'entretien vers différentes directions selon ce qu'ils avaient envie de nous dévoiler. En utilisant des questions ouvertes, nous avons également pu revenir au mieux sur leur récit de vie ainsi que sur leurs ressentis concernant la santé, le soin et son accès. Comme l'expliquent Patrick Bruneteaux et Corinne Lanzarini, entrer dans une conversation avec l'enquêté sans poser de questions permet de mettre l'enquêté en position d'informateur involontaire. C'est ensuite au fur et à mesure de l'entretien qu'il est possible d'obtenir des informations sur ses expériences personnelles⁴⁵.

Durant l'enquête, si certains entretiens ont pu être réalisés de manière formelle (lors de rencontres individuelles, avec une exploitation complète des guides d'entretien et un enregistrement possible), d'autres ont davantage étaient informels. Dans l'un des CHRS, si nous avons eu le temps de discuter de manière privée avec les personnes, nous étions parfois dans des lieux de passage et ne pouvions pas enregistrer. Nous avons donc pu mener les échanges avec le support du guide d'entretien, mais avons dû prendre des notes pour retenir la plus grande quantité et qualité des informations transmises. De même, lors de nos visites au sein de la structure d'aide alimentaire, le seul moyen que nous avions de rencontrer les personnes était de nous installer au « coin café » que propose l'association. La salle était étroite et l'endroit traversé par les usagers attendant leur colis. Les conditions d'intimité et de confidentialité n'étant pas optimales, nous nous sommes dans un premier temps concentrées sur des questions larges et générales orientées sur l'avis des personnes concernant le recours aux soins. C'est seulement ensuite que nous revenions sur leur propre expérience ainsi que sur leur trajectoire, lorsque cela était possible. La même méthode a été utilisée lors de nos rencontres au sein d'un centre de soin. Enfin, un entretien a été mené avec une personne dans la rue. Il a alors davantage pris la forme d'une discussion sans support matériel ni méthodologique.

Réaliser des entretiens à la fois avec les professionnels ou les bénévoles des structures, ainsi qu'avec les usagers qu'ils accompagnent nous a permis de questionner le non-recours et les difficultés d'accès aux soins selon différents angles. Nous avons pu mieux comprendre les freins rencontrés par les usagers dans leurs diverses démarches de soins tout en revenant sur leur récit de vie, puis faire le lien entre ces témoignages et les difficultés vécues par les professionnels et les bénévoles, notamment dans le cadre de leur accompagnement et de leurs interactions avec les divers acteurs des domaines du soin.

45 BRUNETEAUX Patrick, LANZARINI Corinne, « Les entretiens informels », Sociétés contemporaines, 1998, n°30, p.167.

Lors des entretiens, les personnes rencontrées se sont souvent livrées plutôt facilement et sans crainte sur leur parcours. Les méthodes que nous avons utilisées s'apparentaient à « la forme de la conversation »⁴⁶. Ainsi, « l'information recueillie (pouvait être) considérée comme celle qui viendrait d'un homme parlant librement à un ami »⁴⁷, comme l'expliquait Christina Hughes, reprise par Patrick Bruneteaux et Corinne Lanzarini⁴⁸.

De même, nous ne voulions pas, comme l'exprime également Alexandre Pagès dans son ouvrage sur *La pauvreté en milieu rural*, que les individus « se considèrent comme de simples objets de recherche ». Toujours comme ce dernier, nous avons donc souhaité amener les personnes à nous livrer leurs opinions sur le sujet de notre étude, autrement dit sur le non-recours et le renoncement aux soins⁴⁹. Aborder nos questions en ce sens a peut-être permis aux enquêtés de se livrer davantage.

Si dans l'un des CHRS, certains habitants ont pu d'abord penser que nous venions dans le but de les aider à résoudre leurs problèmes (plusieurs sont venus avec leurs papiers, des courriers, etc), une fois notre démarche expliquée, c'est sans réticence qu'ils se sont prêtés à l'exercice. Certaines personnes nous ont même remerciées de ce moment. L'une, par exemple, a expliqué ne pas avoir discuté comme cela depuis longtemps et a conclu l'entretien en nous disant : « Ça fait du bien! »⁵⁰. Plusieurs autres personnes, au moment de clore la discussion, nous ont proposé de repasser les voir dès qu'on le souhaitait.

Cependant, nous savons également que la méthode de l'entretien peut se voir reprocher son manque d'objectivité. Il était donc important de garder un « sens critique », comme le précise Pascale Pichon qui ajoute que « la réception immédiate de ce qui est dit invite à de nouvelles questions, de nouveaux développements »⁵¹. Alexandre Pagès revient sur ce potentiel biais. Il précise que les interprétations des personnes servent aussi à mieux cerner leurs conditions de vie ainsi que leurs affects, mais que leurs « appréciations personnelles conditionnant la qualité du matériau recueilli, il (convient) d'appliquer un principe de prudence et de refuser de réinterpréter ce que (livre) le terrain à partir d'un schéma préconstruit »⁵².

46 BRUNETEAUX Patrick, LANZARINI Corinne, *Ibid.*, p. 159.

47 BRUNETEAUX Patrick, LANZARINI Corinne, *Ibid.*, p. 160.

48 BRUNETEAUX Patrick, LANZARINI Corinne, *Ibid.*, p. 160.

49 PAGES Alexandre, *La pauvreté en milieu rural*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2004, (2^e ed. 2012), p. 17.

50 Entretien avec Ivana, habitante d'un CHRS.

51 PICHON Pascale, TORCHE Thierry, *S'en sortir ... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint Etienne : PUSE, 2011, p. 31.

52 PAGES Alexandre, *La pauvreté en milieu rural*, op. cit., p. 18.

Les entretiens réalisés

Pour cette étude, nous avons mené trente-six entretiens auprès d'usagers et de professionnels ou bénévoles de l'accompagnement social.

Tout d'abord, nous avons rencontré des travailleurs sociaux et bénévoles de structures d'aide alimentaire, de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, ainsi que de structures d'accompagnement social.

Durant l'étude, nous évoquerons simultanément les termes de « travailleurs sociaux » ainsi que de « professionnels du social ». Si ces deux notions sont similaires, elles peuvent néanmoins se distinguer quelque peu. Selon le rapport annuel de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2005, cité dans l'ouvrage *La France invisible* par Nicole Maestracci, « le ministère des Affaires sociales reconnaît une dizaine de professions comme participant au travail social. Parmi lesquelles : les assistants de service social, les conseillers en économie sociale et familiale, les éducateurs spécialisés, mais aussi les éducateurs de jeunes enfants, les travailleuses familiales (devenues les techniciennes d'intervention sociale et familiales), les auxiliaires médico-pédagogiques, les assistantes maternelles et les animateurs »⁵³. Il précise ensuite que « toutes les personnes qui font de l'intervention sociale ne sont pas des travailleurs sociaux »⁵⁴. Le terme de « professionnels du social » renferme donc des métiers et des fonctions plus larges, alors que le terme de « travailleurs sociaux » correspond à un diplôme bien précis. Pour cela, nous ne parlerons pas dans l'étude uniquement des travailleurs sociaux, bien qu'ils représentent la majorité des professionnels rencontrés.

Dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, nous avons donc rencontré, comme précisé précédemment, majoritairement des travailleurs sociaux. Concernant les structures d'aide alimentaire, nous avons pu voir différentes associations, sur différentes communes, mais n'avons poursuivi l'enquête que dans l'une d'entre elles, au sein de laquelle nous nous sommes entretenues avec des bénévoles.

Afin d'obtenir des informations supplémentaires sur l'accompagnement des personnes en grande précarité ainsi que sur les actions menées en lien avec le recours aux soins et aux droits de santé, nous avons mené des entretiens auprès de professionnels en dehors de la zone du Hainaut. Nous avons d'abord mené un entretien auprès d'une salariée d'une association nationale. Cette association a, dans cette antenne locale, un service dédié aux personnes n'ayant pas recours aux soins et aux droits de santé. Elle offre ainsi des soins et un accompagnement social global pour ces personnes. Nous avons également rencontré un professionnel d'un conseil consultatif pour personnes accompagnées. Celui-ci donne la parole aux personnes en grande précarité et leur propose, ainsi qu'aux travailleurs sociaux, des formations sur divers thèmes. Il prend également la parole au sein de réunions, tables

53 MAESTRACCI Nicole, « Le malaise du travail social », in BEAUD Stéphane, CONFAVREUX Joseph, LINDGAARD Jade (dir.), *La France invisible*, Paris : La découverte, 2006, p. 610.

54 MAESTRACCI Nicole, *Ibid.*, p. 610.

rondes, etc. Enfin, nous avons rencontré la directrice du Pôle Santé d'une structure d'accompagnement social en milieu urbain.

Structures	Personnes rencontrées
CHRS en zone urbaine	Entretien collectif avec sept professionnels (une cheffe de service, deux moniteurs éducateurs, un stagiaire monitrice éducatrice, un stagiaire technicien d'intervention sociale et familiale, un éducateur spécialisé, un conseiller en économie sociale et familiale) Entretien individuel avec trois travailleurs sociaux
CHRS en zone rurale	Entretien collectif avec deux conseillères en économie sociale et familiale
Association d'accompagnement social et sanitaire en zone urbaine	Entretien individuel avec une professionnelle ⁵⁵
Instance de discussions des personnes accompagnées en zone urbaine	Entretien individuel avec un délégué
Association d'accompagnement social en zone urbaine	Entretien avec une professionnelle ⁵⁶
Association d'aide à la personne en zone urbaine	Entretien collectif avec deux membres du bureau
Association d'accompagnement social et sanitaire en zone urbaine	Entretien collectif avec deux membres du bureau
Structure d'aide alimentaire en zone rurale	Entretien avec une bénévole
Caisse Primaire d'assurance maladie	Entretien avec la manager stratégique du département Actions pour l'Inclusion Sociale et la Santé

Nous avons ensuite rencontré des personnes hébergées dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale en zone urbaine et rurale ainsi que des usagers de structures d'aide alimentaire en zone urbaine et rurale. Concernant les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, nous avons mené sept entretiens avec des personnes hébergées en zone urbaine et sept en zone rurale. En zone urbaine, les entretiens n'ont pas pu être enregistrés, suite à la volonté de la structure, et ont été retranscrits sous forme de prise de notes au fur et à mesure de l'entretien. Concernant la structure d'aide

⁵⁵ Dans notre développement, nous l'appellerons « Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et sociale en zone urbaine 1 »

⁵⁶ Dans notre développement, nous l'appellerons « Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et sociale en zone urbaine 2 »

alimentaire, nous avons mené sept entretiens de manière informelle et non enregistrée. Ces entretiens ont été réalisés pendant la distribution de colis alimentaires. En fin de parcours, les usagers peuvent bénéficier d'un café et de pâtisseries et discuter avec les bénévoles présents. Nous nous sommes ainsi inscrites dans cette fin de parcours. Nous avons pu, par la suite, discuter avec un usager, à son domicile, de manière plus approfondie. Nous avons également rencontré deux usagers au sein du Pôle Santé d'une association d'accompagnement social en zone urbaine. Enfin, afin d'avoir le point de vue d'une personne dite « invisible », nous avons mené un entretien avec une personne sans domicile fixe. Ce dernier entretien a été mené directement dans la rue et n'a pas pu être enregistré.

Lieux	Entretiens
CHRS en zone urbaine	Sept entretiens
CHRS en zone rurale	Sept entretiens
Structure d'aide alimentaire en zone rurale	Six entretiens informels Un entretien individuel
Association d'accompagnement social en zone urbaine	Deux entretiens
Dans la rue en zone urbaine	Un entretien

Les caractéristiques du public rencontré :

Nous avons ainsi rencontré vingt-quatre usagers des structures d'aide alimentaire et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Parmi ces vingt-quatre personnes, nous avons rencontré autant d'hommes que de femmes (douze hommes et douze femmes). Cinq personnes sont âgées de moins de trente ans, treize personnes sont âgées entre trente et cinquante-quatre ans et six sont âgées de plus de cinquante-cinq ans. Dix-huit personnes sont d'origine française (majoritairement natifs de la région des Hauts-de-France) et six personnes sont d'origines étrangères et issues de l'immigration. Enfin, parmi ces vingt-quatre personnes, douze personnes vivent en famille (principalement des personnes immigrées) et douze personnes vivent seules.

Les personnes rencontrées ont des parcours de vie hétérogènes, ce qui les amène à fréquenter des structures différentes. Dans les structures d'aide alimentaire, les personnes accueillies ont un logement (majoritairement en location auprès d'un bailleur privé ou public). Ces individus sont pour la plupart issus de la catégorie des travailleurs pauvres ou sont demandeurs d'emploi. Certains sont retraités ou en pré-retraite. Dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, la majorité des personnes a connu un parcours de rue ou a été hébergée par un tiers avant d'arriver dans le centre d'hébergement. Ces individus sont majoritairement sans emploi. Parmi les personnes hébergées dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, on observe une distinction entre les usagers des centres

d'hébergement en milieu urbain et les usagers des centres d'hébergement en milieu rural. Dans le centre d'hébergement et de réinsertion sociale en milieu urbain, la population accueillie est majoritairement issue de l'immigration et vit en famille. L'âge moyen est de plus de trente ans. A l'inverse, en milieu rural, les personnes accueillies sont majoritairement isolées et jeunes (moins de trente ans).

Sexe	
Hommes	12
Femmes	12
Age	
Moins de 30 ans	5
30 – 54 ans	13
55 ans et plus	6
Origine	
Origine française	18
Origine étrangère	6
Situation familiale	
Personnes vivant seules dans leur logement	12
Personnes vivant avec un ou des membres de leur famille	12

Si les difficultés rencontrées par les usagers sont variées, les divers accompagnements proposés sont également différents en fonction de la structure. En effet, dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, l'accompagnement social est réalisé par des professionnels du travail social. L'accompagnement est global, il prend en charge l'ensemble des problématiques de la personne accueillie et se fait de manière régulière (à raison de plusieurs rendez-vous par mois par exemple). A l'inverse, dans les structures d'aide alimentaire, l'accompagnement est réalisé par des bénévoles, non titulaires d'une formation de travailleur social. L'usager vient en premier lieu chercher son colis alimentaire. Lorsque celui-ci a besoin d'un accompagnement, il s'agit d'une difficulté spécifique qui intervient à un moment précis. L'accompagnement est ainsi réalisé par un bénévole compétent dans la réalisation d'une tâche spécifique et ne se fait que de manière ponctuelle. Dans le domaine juridique par exemple, une des bénévoles nous expliquait que les usagers pouvaient faire appel à un bénévole spécialisé dans le domaine juridique pour des cas de violence conjugale, une sortie de prison etc.

Comme souligné en début de cette introduction, cette étude vise à s'interroger sur le renoncement et le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de grande précarité. Il s'agira donc de se demander comment, par leur proximité avec ces personnes, les professionnels du social, travaillant au sein de structures d'accompagnement, peuvent être un atout majeur pour les administrations publiques prestataires d'aides sociales, afin

d'agir contre le renoncement aux soins. Il conviendra également de questionner le parcours de santé des individus, ainsi que leurs choix et leurs appréciations quant au système de santé en général. Étant eux-mêmes acteurs de ce dernier, il est important de laisser à leur parole une place fondamentale.

Pour cela, nous nous intéresserons dans la première partie à ces personnes, à leurs conditions de vie ainsi qu'à leur état de santé. Dans une deuxième partie, nous poursuivrons par une analyse des diverses causes qui les amènent à renoncer aux soins. Enfin, dans une dernière partie, nous questionnerons le rôle des professionnels du social ainsi que de certains dispositifs visant à agir contre le non-recours aux soins. Ceci nous amènera, pour finir, à présenter des préconisations visant à améliorer l'état de santé ainsi que la prise en charge des personnes en situation de grande précarité.

PREMIERE PARTIE : CONDITION DE VIE ET ETAT DE SANTE DES PERSONNES RENCONTREES

Dans cette première partie, nous exposerons tout d'abord les conditions de vie précaires des personnes que nous avons rencontrées, sous l'angle de la précarité du travail mais également sous l'angle de la faiblesse des ressources. Nous évoquerons ensuite la manière dont elles vivent ces conditions au quotidien. Nous ferons enfin une présentation des résultats de notre enquête sur leur état de santé et la manière dont elles tentent de contourner les recours aux soins traditionnels.

I. Des modes de vie précaires

Notre étude porte sur les personnes en situation de précarité. Traditionnellement, la sociologie française s'intéresse à la précarité par le prisme de l'emploi. Nous verrons que la précarité relève d'autres dimensions qui impactent la vie quotidienne des personnes que nous avons rencontrées. Enfin, nous verrons que ces personnes mettent en place des stratégies pour pallier l'instabilité de leur quotidien.

A. Précarité de l'emploi, précarité au travail

Comme nous l'avons dit dans l'introduction, la précarité relève de différentes formes d'instabilité notamment concernant l'emploi et le travail. Les personnes que nous avons rencontrées se retrouvent dans cette situation d'instabilité, ce qui impacte leur recours aux soins. Nous le verrons, la santé peut être à l'origine de cette précarité. À l'inverse, la précarité de l'emploi et du travail peut être source de perte d'estime de soi, ou plus largement de soucis de santé.

1) Précarité de l'emploi

En France, la sociologie s'intéresse à la notion de précarité en termes de précarité de l'emploi⁵⁷. En effet, comparativement aux études étrangères, la cause principalement identifiée est en France, la précarité de l'emploi. Le terme de précarité est utilisé de façon courante depuis les années 1970 en France jusqu'à en devenir une catégorie juridique à part entière. La notion de précarité apparaît en lien avec la notion d'exclusion dans le secteur social et médico-social. Elle se développe en lien avec « la nouvelle pauvreté » dans les années 1980. Certaines populations sont particulièrement touchées : les jeunes (moins de 35 ans), les familles monoparentales, les familles nombreuses, ou encore les personnes issues

57 BARBIER Jean-Claude, «La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale», Revue française de sociologie 2005, Vol. 46, n°2, p. 352.

de l'immigration⁵⁸. Rapidement, cette notion sera mise en relation avec la question du chômage et de l'emploi dans le discours administratif et politique. Dans les années 1990, le terme de « précarisation » concernera l'ensemble de la société.

Initialement, la notion de précarité s'inscrivait principalement dans les courants de la sociologie de la famille et de la pauvreté. Agnès Pitrou réalise une étude sur les « familles précaires ». Dans cette étude, elle évoque la précarité des familles sous plusieurs angles : la solidarité familiale, l'emploi, le logement, le manque de qualification ou encore les mauvaises conditions de travail. L'emploi est donc une donnée parmi d'autres dans l'étude de la précarité de ces familles. Il n'apparaît pas déterminant dans la définition de cette notion. Dans les années 1980, d'autres chercheurs s'intéressent à cette notion en lien avec celle de pauvreté. Claudine Offredi explique notamment que la précarité entraîne « des effets sociaux beaucoup plus vastes »⁵⁹.

Serge Paugam a ensuite étendu cette notion en la rapprochant à la fois de la notion de précarité de l'emploi et de précarité du travail. La précarité de l'emploi correspond à un avenir professionnel incertain pour le salarié, elle est associée à une vulnérabilité économique et à une protection sociale affaiblie ou susceptible de l'être. L'INSEE, dans ses Enquêtes Emploi recense quatre types d'emplois précaires⁶⁰ : CDD, intérim, stages et contrats aidés et enfin les contrats d'apprentissage. Le point commun de ces emplois dits atypiques est la discontinuité du temps de travail. Elles soumettent l'individu en question à une instabilité économique et à des ressources faibles. Les salariés sont alors plongés dans un sentiment d'insécurité, de peur de la perte d'emploi. La précarité du travail intervient lorsque le salarié ne trouve plus d'intérêt dans son travail, dans les tâches qu'il réalise et qu'il ne se sent plus reconnu pour ce travail au sein de l'entreprise. Robert Castel associe ensuite cette précarisation du travail à « l'effritement de la condition salariale »⁶¹ Selon lui, cette précarisation du travail mènerait au chômage et à la désaffiliation. Les travaux sur cette précarisation du travail comme cause de la précarisation plus générale de la société se développent dans les années 1990.

Aujourd'hui, la précarité semble ainsi liée à l'emploi dans les discours sociologiques, politiques ou encore administratifs. Les personnes que nous avons rencontrées sont dans ces situations de précarité de l'emploi. La majorité d'entre elles est sans emploi et certains individus ont des contrats que l'on pourrait qualifier de précaires, tels que des contrats d'insertion. L'un des jeunes que nous avons rencontrés est inscrit dans le dispositif de la Garantie Jeunes et réalise dans ce cadre des stages. Enfin d'autres personnes, en fin de carrière professionnelle, sont en pré-retraite ou retraite. Les personnes fréquentant les services de

58 DUVOUX Nicolas, *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris : Le Seuil, Coll. La République des idées, 2012, p. 36.

59 BARBIER Jean-Claude, « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale », op. cit., p. 355.

60 BRESSON Maryse (dir. DE SINGLY François), *Sociologie de la Précarité*, Paris : Armand Colin, 2015, p. 43.

61 CASTEL cité dans BARBIER Jean-Claude, « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale », op. cit., p. 356.

repas chauds sont selon Maryse Marspat⁶², majoritairement des personnes qui ont une carrière professionnelle longue (du fait de leur âge plus élevé). Elles sont pourtant pour la plupart sans emploi depuis au moins trois mois avant son enquête. Cette carrière relatée est souvent entrecoupée d'épisodes d'arrêt de longue maladie ou encore d'hospitalisation. La raison principale de la perte d'un emploi est le licenciement, la suppression d'emploi ou encore la faillite de l'entreprise des personnes enquêtées par Maryse Marspat. Parmi nos enquêtés, Antoine est dans cette situation. En effet, sa carrière professionnelle s'est réalisée entièrement dans le cadre d'un emploi au sein d'une ferme. Elle a été interrompue lorsque le patron de la ferme a pris sa retraite : « J'ai travaillé dans une ferme pendant euh ... 25 ou 26 ans. Et j'ai quitté la ferme quand mon patron a pris sa retraite. Il a cédé sa ferme », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale). Après cet emploi, Antoine a trouvé quelques contrats dans diverses entreprises, mais il a dû arrêter de travailler à cause de soucis de santé. Sa carrière est ainsi entrecoupée de licenciements et d'arrêts de travail :

« Bah j'ai essayé de trouver du travail. Au début je trouvais des stages, des trucs comme ça. Après j'ai essayé de travailler, j'ai travaillé à la commune, j'ai travaillé pour la commune. J'ai trouvé des boulots comme ça. J'ai travaillé à Bio C., culture bio. Bon, à un moment donné ils disent, bon bah écoutez monsieur vous avez fait votre période, c'est bien. Impeccable. Bon. J'ai été travailler ailleurs et après je suis retombé malade. Donc je suis reparti à l'hôpital. », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

C'est également le cas d'Elise. A l'âge de 18 ans, elle quitte sa région natale pour chercher un emploi à Paris. Elle commencera par des remplacements et son début de carrière professionnelle sera donc entrecoupée par des périodes de chômage et des périodes d'emploi :

« C'était des remplacements. Et comme c'était par l'ANPE, par... Un coup par l'ANPE, un coup par les assedics, euh par les boîtes d'intérim. Dès qu'on me proposait, j'y allais. Des fois, c'était des contrats de trois mois. Et puis, après bah en 91 je crois, 90, j'ai commencé à trouver un travail fixe. », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale)

Enfin, Camille vit avec son compagnon dans un centre d'hébergement. Elle est inscrite dans le dispositif de la Garantie Jeunes et touche une allocation d'environ 450 euros par mois. Son compagnon est inscrit dans une formation en apprentissage. Cependant, son début de carrière professionnelle en tant qu'apprenti est entrecoupé par une période d'arrêt maladie, entraînant une perte de revenus :

GDS : « Et vous avez d'autres choses du coup pour vous aider en plus des 450 pour vous aider à vivre, des aides ? »

62 MARPSAT Maryse, « Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds », op. cit., p.73.

C : « Nan. J'ai mon copain qui fait une formation toiture. Et là il s'est cassé la main. Donc bah là il est en arrêt maladie, du coup ce mois-ci il a touché que 200€. Donc c'est pas ... facile quoi. Et puis moi là je touche que le 20, donc 200€ pour faire du premier jusqu'au 20 ... Il y a des courses, j'ai le loyer ici à payer ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Les personnes que nous avons rencontrées et qui sont en emploi ou en recherche d'emploi ont un niveau de qualification de baccalauréat professionnel ou encore de certificat d'aptitudes professionnelles (CAP – BEP). Les personnes étudiées par Maryse Marspat, dans les services de distribution de repas chauds sont peu qualifiées, certaines ayant arrêté leur scolarité en fin de cycle primaire. Antoine, qui a travaillé au sein d'une ferme, n'a pas de diplômes, ce qui l'empêche aujourd'hui de poursuivre une carrière professionnelle :

« Et quand j'ai, un jour on m'a dit allez (sifflement), tu vas travailler. On m'a pas demandé si ça m'allait, si ça m'allait pas, si je voulais faire des études ou quelque chose. On m'a dit, on a une place pour toi. Comme je suis pas un garçon tellement, euh, (pas difficile) sur les, pour aller faire des trucs dans les collèges des trucs comme ça, les trois quart du temps en ce temps là, à part les gens qui pouvaient être payés des rupins des trucs comme ça, autrement j'ai commencé à travailler. », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

2) Précarité au travail

Les personnes que nous avons rencontrées s'inscrivent donc dans des situations de précarité de l'emploi mais également de précarité au travail. En effet, certains individus ont dû cesser leur activité suite à une difficulté de santé en lien avec le travail. C'est le cas par exemple de Marie qui travaille en restauration. Elle réalise des tâches de nettoyage et de service en salle. Les mouvements répétitifs imposés par ces tâches de travail sont à l'origine d'un problème au niveau de son bras. Après de nombreux traitements et des douleurs persistantes, Marie a dû arrêter de travailler :

« Ouais bah c'est là aussi. C'est porter du lourd. Après si vous êtes à la plonge c'est tout le temps des mouvements répétitifs, porter des grosses piles d'assiettes. Voilà. (...) "c'est beaucoup de boulot. La plonge. Après vous avez des marmites. Elles sont énormes, c'est lourd. C'était pas... », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Camille est également dans ce cas. Même si elle n'a pas perdu son emploi, ce dernier lui cause des soucis de santé et impacte ses conditions quotidiennes de bien-être. Elle réalise un stage dans la restauration :

« Là en ce moment je suis en stage, ça faisait un moment que j'avais pas travaillé, je suis fatiguée tu vois. Et puis faut pas croire, c'est crevant aussi hein. Quand ton res-tau il est complet, que tu dois gérer tout, va le faire hein. C'est un truc de fou. Et en

plus c'est des bourges, donc t'es obligée d'être tout le temps droite, dans tout ce que tu fais. Tu rentres chez toi t'as plus de pieds, t'es fatiguée », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

La santé peut également être un motif de non-employabilité. Lorsqu'une personne ne peut réaliser les tâches pour lesquelles elle pourrait être employée, il lui paraît difficile de trouver un emploi. Ainsi, Kéziah et son mari sont tous les deux diplômés mais restent sans emploi. Son mari a un diplôme de conducteur taxi et elle de coiffeuse. Toutefois, elle a un problème de santé qui l'empêche de pouvoir réaliser les tâches imposées par le travail de coiffeuse. Cette incapacité à réaliser certaines tâches la plonge dans un état de tristesse et la décourage : « *Quand tu sens que tu peux pas faire quelque chose, le moral tombe. Parfois je pleure (...) Mais je coupe les cheveux de mes enfants, je fais ma couleur, c'est l'essentiel (rires) », (Kéziah, 34 ans, CHRS zone urbaine).*

B. Vivre la précarité au quotidien

La précarité, au quotidien, peut concerner une faiblesse et une instabilité des ressources. Cette dernière peut aussi s'exprimer à travers la présence d'un habitat précaire ou encore une absence de logement.

1) La faiblesse et l'instabilité des ressources

La précarité est ainsi étudiée du point de vue notamment des institutions, des administrations ou encore des politiques et journalistes sous l'angle de l'emploi et du travail. Toutefois, Maryse Bresson définit la précarité⁶³ ainsi : « Le terme de précarité ne s'applique pas seulement à l'emploi et au travail mais en France surtout, il désigne de manière plus large des « problèmes » socio-économiques cumulés qui pèsent sur toutes leurs dimensions de la vie quotidienne : niveau de vie globalement insuffisant et instable, limitations et restrictions pour s'alimenter, se loger, se soigner etc. ». Selon elle, cette dégradation du niveau de vie global d'une personne est l'une des principales causes des situations de précarité. Elle distingue d'abord les personnes n'ayant aucunes ressources ou des ressources à faible montant comme celles provenant des minimas sociaux. Elle distingue ensuite les travailleurs pauvres, qu'elle qualifie ainsi uniquement si le salaire de ce travailleur est le revenu principal du foyer (et non un revenu supplémentaire à la famille). Cette précarité est, en effet, associée pour les enquêtés que nous avons rencontrés, à une faiblesse des ressources. La majorité de ces derniers bénéficie des minimas sociaux (Revenu de Solidarité Active, Allocation Spéciale de Solidarité, indemnités liées au chômage, AMASE etc.). Quelques personnes n'ont aucune ressource. Il s'agit principalement de personnes issues de l'immigration. Dans l'enquête de Maryse Marspat, les usagers des services de distribution de repas chauds déclarent tous percevoir une allocation (logement, retraite, chômage, RMI, Allocation Adultes

Handicapés). Seul un quart de ces enquêtés avait des revenus liés à un emploi. Toutefois, ces ressources ne leur permettent pas de subvenir à leurs besoins vitaux (comme se nourrir). Ils ont du mal à « boucler les fins de mois »⁶⁴

Les ressources provenant des minimas sociaux sont octroyées sur une période donnée, ce qui rend difficile la stabilité d'un foyer. Ainsi, certains ménages sont dans l'incapacité de prévoir leur avenir, leurs conditions de vie futures et sont dans l'attente d'une stabilité. C'est le cas de Marie, qui explique avoir eu une allocation pour compenser sa perte d'emploi : « *Donc voilà, après bien sûr forcément quand on travaille plus, on n'a plus de ressources. On a du chômage au début mais bon ça dure pas non plus* », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire).

Certains de nos enquêtés sont particulièrement vigilants à cette dimension monétaire. C'est le cas par exemple de Kéziah qui réalise un budget en début de chaque mois. Ce budget comprend les ressources et les dépenses de sa famille. Elle arrive ainsi à économiser pour accéder à un logement autonome (sans accompagnement social) : « *T'as pas le choix, faut faire tout ça les premiers du mois* », (Kéziah, 34 ans, CHRS zone urbaine).

Camille tient également des comptes. Même si elle ne les tient pas consciencieusement, elle explique qu'elle sait devoir faire des économies :

« Bah j'écris pas sur des papiers mais je suis plus euh (rires), c'est plus dans la tête en fait. C'est ... Je me dis là faut que je fasse gaffe à ça, l'argent il va aller à ça, je dois dépenser ça, je calcule. Bah en fonction, dans ma tête je me dis ça j'ai besoin de telle date jusqu'à telle date, tout ça », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

2) Logement précaire ou sans logement.

La faiblesse des ressources a un impact sur les conditions de logement des personnes en situation de grande précarité. Deux cas de figure se sont présentés dans notre enquête : les personnes ayant un logement (dont ils sont propriétaires ou locataires ou pour lequel ils bénéficient d'un accompagnement social renforcé) et les personnes étant hébergées dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Les individus ayant un logement sont principalement les personnes fréquentant les structures d'aide alimentaire ou qui bénéficient d'un appartement autonome appartenant au centre d'hébergement et de réinsertion sociale. Pour ce dernier cas, la personne bénéficie d'un accompagnement social renforcé. D'après Maryse Marspat⁶⁵, les usagers des distributions de repas chauds possèdent un logement, en location ou dont ils sont propriétaires, mais ne parviennent pas à le maintenir dans de bonnes conditions. Ces personnes se retrouvent alors dans un appartement de mauvaise qualité. C'est le cas de Marie qui a vécu dans

64 BRESSON Maryse, *Ibid.*, p. 47.

65 MARPSAT Maryse, « Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds », *op. cit.*, p. 77-78.

un appartement humide, qu'elle a quitté pour intégrer un logement social. Élise est dans la même situation : elle vit dans un appartement humide, qu'elle peine à entretenir :

« Parce que je restais dans un autre appartement mais bon j'étais pas très... Enfin c'était vieux. Pas sain quoi. C'était fort humide. Du coup après j'ai cherché et voilà. Je suis arrivée ici. (...) Enfin les châssis, y'avait pas de double vitrage. C'était fort humide aussi. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

« Euh, là, dans le logement où j'habite y'a pas mal d'humidité parce que les appartements, ils ont pas été habités pendant x de temps, alors du coup, bon malgré que j'ai allumé le chauffage et puis là.. Bon je l'ai arrêté, j'ai fait la bêtise de l'arrêter au mois de mars. C'est le printemps, je l'arrête. », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale)

Certains de nos enquêtés, notamment les usagers des centres d'hébergement ont perdu leur logement suite à une difficulté économique. La perte d'un emploi implique une perte de ressources. Cette perte de ressources a des conséquences sur l'entretien d'un logement notamment pour le loyer. Jacques a perdu son logement auprès d'un bailleur social à cause d'impayés de loyer. Il nous explique avoir perdu son emploi et que les loyers ont augmenté. Il n'a ainsi plus été en mesure de payer son loyer chaque mois. A la fin de la trêve hivernale, ce dernier a rencontré le service contentieux du bailleur social afin de l'orienter vers un centre d'hébergement.

A la mort de sa mère, Jannot a hérité de la ferme familiale. L'héritage, ne s'étant pas bien déroulé, il a des difficultés à maintenir la ferme dans de bonnes conditions et finit par la perdre : *« On a eu un problème de partage, puis la maison qui se dégrade, c'est un corps de ferme hein... Et puis après c'est devenu insalubre, alors je suis resté un peu dans l'appartement mais c'était une vraie cage à poule », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale).*

Cette perte de logement associée à l'entrée dans un centre d'hébergement a aussi un impact sur la santé mentale des personnes rencontrées. Certains évoquent le manque d'intimité de ce type de structure. Justine est hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence et vit collectivement avec d'autres femmes. Elle dit regretter ne pas pouvoir avoir sa propre chambre : *« Nous dormons ensemble, c'est un peu dommage ça aurait été mieux si on avait chacune sa chambre. », (Justine, 52 ans, CHRS zone urbaine).*

Camille, qui vit avec son compagnon dans un centre d'hébergement fait le même constat d'un manque d'intimité :

« D'avoir un petit peu sa vie personnelle, pas devoir rendre des comptes à tout le monde sans cesse, d'avoir des rendez-vous sans cesse. (...) Les voisins ils sont tous les jours chez nous, tout le temps tout le temps. Ça me fait chier mais je laisse tu vois (...) Du coup j'ai plus d'intimité. Je suis une femme, j'ai plus d'intimité. », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Pour Jacques, se retrouver dans un centre d'hébergement à l'âge de 65 ans semble être synonyme d'échec. Il l'exprime à demi-mots, à plusieurs reprises pendant l'entretien : « *Se retrouver à 65 ans dans un foyer... (...) J'espère que je vais pas finir mes jours dans un foyer* », (Jacques, 65 ans, CHRS zone urbaine).

Enfin, l'arrivée dans un centre d'hébergement est synonyme d'acceptation d'un rythme de vie, d'un règlement intérieur, commun à tous les usagers qui régit la vie quotidienne de chacun. Pour certains de nos enquêtés, ce règlement imposé est une difficulté supplémentaire pour s'adapter à cette nouvelle situation. Ainsi, Ivana est hébergée dans un centre d'hébergement avec sa famille. Pour son mari, l'adaptation à ce nouveau rythme de vie a été difficile dans un premier temps. Elle explique que le règlement intérieur peut paraître contraignant mais en comprend néanmoins son utilité (empêcher les problèmes : « sinon c'est le bordel », explique-t-elle).

Abel vit ce règlement de manière plus brutale. Il a l'impression d'être surveillé en permanence. Il explique que chacune de ses entrées et sorties sont notées et pense que les travailleurs sociaux écrivent chacune de ses paroles.

3) Restrictions et privations dans l'accès à la consommation.

Enfin, cette faiblesse des ressources entraîne un accès difficile à la consommation ou une privation consciente de la part de l'individu de consommations de la vie quotidienne. En 2006, les Enquêtes Permanentes en conditions de vie des ménages et Statistiques sur les revenus et conditions de vie de l'INSEE prennent en compte la pauvreté à partir de différents indicateurs. L'aspect monétaire n'est pas le seul critère d'observation de la pauvreté. Les contraintes budgétaires, les contraintes liées au logement, les difficultés pour s'alimenter sont par exemple prises en compte. Ces critères sont également observés parmi nos enquêtés. Il s'agit principalement de privations matérielles telles que des vêtements. Il s'agit également de privations d'activités de loisirs. Marie touche 500 euros d'allocation spécifique de solidarité. N'ayant que 500 euros par mois, elle ne s'achète pas de vêtements, et n'a pas de loisirs :

« Bah, ce qu'il y a c'est que je m'achète plus beaucoup de vêtements. Après voilà, je ne sors pas non plus. Sinon c'est mon compagnon, de temps en temps, qui m'invite au restaurant. Mais de moi-même, moi je pourrais pas. J'ai pas beaucoup de loisirs parce que euh... Voilà. Mais bon ça va, je me plains pas mais je veux dire, 500 euros c'est quand même pas... », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Camille se prive également d'activités, de sorties : « *Bah je vais pas vous mentir on fait pas de sorties. On fait pas de restaurants, de choses comme ça quoi.* », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).

Elle ajoute avoir des difficultés matérielles qui ne lui permettent pas de prévoir dans la durée les dépenses de chaque mois :

« Et puis il y a la nourriture. J'ai un petit frigo donc il faut faire les courses au goutte à goutte, tout le temps donc ... J'ai un freezer, j'ai pas de congélateur, donc je peux acheter une boîte de steak c'est tout. C'est pareil la viande faut acheter au jour le jour. Et puis après sinon si je mets trop de viande et que c'est pourri je dois jeter donc ... C'est tout pleins de petits trucs comme ça qu'il faut penser », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

L'ensemble de ces éléments montrent que la précarité influe sur la vie quotidienne des personnes que nous avons rencontrées. Nous l'avons vu, ces dernières possèdent de faibles ressources qui impactent sur le logement (logement insalubre, perte de logement etc.) ou encore l'accès à la consommation (biens vitaux, loisirs, vêtements etc.).

C. L'importance d'une mobilité quotidienne pour pallier l'ennui

Les personnes en situation de grande précarité que nous avons rencontrées révèlent dans leur témoignage un fort sentiment d'ennui et de solitude, provoqué souvent par une faible socialisation. Pour pallier cela, ils mettent en place diverses occupations et activités, soit par eux-mêmes, soit via les structures au sein desquelles ils sont accompagnés. Malgré tout, cela reste bien souvent dans un espace géographique restreint.

1) Une forte désocialisation génératrice d'ennui et de solitude

Comme l'évoque Patrick Cingolani dans son ouvrage *La précarité*, l'une des conditions de la pauvreté est « le relâchement des tissus des solidarités »⁶⁶. Se retrouver sans emploi peut laisser un grand vide dans le quotidien des personnes en situation de grande précarité. Leurs seules occupations peuvent souvent se traduire par des tâches administratives à accomplir dans le cadre de l'accompagnement social qui leur est proposé par une structure, afin de remettre leur situation à jour ; ou encore par des tâches du quotidien, comme les courses alimentaires ou la récupération de colis distribués par des associations.

De nombreux témoignages ont donc mis en exergue une solitude et un ennui quasi quotidien. S'il n'est pas la seule cause de ces situations, la perte ou l'absence d'un emploi fait partie des éléments déclencheurs de cet isolement. Camille par exemple, âgée de vingt ans aujourd'hui, constate un changement dans sa façon d'être au quotidien, qu'elle attribue à l'arrêt de ses stages durant une période. Actuellement de nouveau stagiaire dans un restaurant, elle revient sur les modifications de son comportement :

66 CINGOLANI Patrick, *La précarité*, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je », 2015, p. 83.

« Et j'ai eu un manque de confiance en moi ... Pour ça, même là au travail. Avant j'allais au travail, tu me disais ça faut le faire comme ça, tu me le disais une fois. Pendant mes trois mois, six mois de stage, il me l'a dit une fois c'est fini quoi. Tandis que là, au travail, ça fait longtemps que j'avais plus trop travaillé, mon copain il voulait plus trop que je travaille, sa mère non plus euh ... J'ai perdu le truc de confiance en moi, de dire ah ouais ça je sais le faire, tu vois ? », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Durant notre entretien avec Camille, elle évoque à plusieurs reprises une rupture dans son parcours de vie, qu'elle ne nommera jamais de manière claire. Celle-ci ne semble pas être due uniquement à l'arrêt de ses stages, mais marque de manière nette une distinction entre un avant et un après :

« J'avais 15-16 ans j'allais en soirée avec des amis, j'allais en boîte, je faisais pleins de trucs. J'allais voir des gens dans la rue, je les connaissais même pas hein, je leur disais salut c'est moi Camille, tu veux qu'on soit pote (rires). Je les connaissais pas hein ! Je te promets je les connaissais pas, j'avais 15 ans, je sortais je faisais plein de trucs, je rigolais, je m'éclatais ! Et puis après ben ... ça a plus été, et puis au fil des années je me suis renfermée sur moi même, j'ai plus parlé à personne ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Nous pourrions observer, dans cette situation, comme l'évoque Alexandre Pagès, un « enchaînement des phases de désocialisation »⁶⁷.

Pour Marie en revanche, ce n'est pas l'arrêt d'une activité mais au contraire son activité professionnelle elle-même qui l'a empêchée d'avoir une vie sociale. Elle a travaillé dans la restauration durant plusieurs années lors de son arrivée dans une nouvelle commune. Le rythme imposé par cet emploi l'a empêché d'avoir le temps d'avoir des activités créatrices de lien social. La solitude est donc une habitude qu'elle paraît avoir prise :

« Bah j'ai pas beaucoup de contact. Même ici, je connais personne. En appartement, chacun euh... Voilà. Et puis, comme je travaillais aussi et j'avais pas beaucoup de temps, avec des horaires pas possibles. Le week-end je travaillais tout le temps. Et après, après c'est tout. Après, quand on a l'habitude comme ça, on a pas de contact. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Si l'ennui et la solitude sont des constats qui sont exprimés régulièrement lors des entretiens, les personnes ne souhaitent pas s'en contenter pour autant. Certaines évoquent des activités qu'elles mènent pour pallier ces situations.

67 PAGES Alexandre, La pauvreté en milieu rural, op. cit., p. 148.

2) « Bouger » pour échapper à la solitude

En effet, nombreuses des personnes rencontrées reviennent sur leurs activités et déplacements du quotidien. Si ces dernières paraissent parfois minimales voire informelles, elles représentent pour elles un réel échappatoire à leur situation actuelle. Ils sont par exemple, plusieurs à nous parler du bien-être que leur procure la marche :

« Bah je fais des mots fléchés, je fais des trucs comme ça. Je regarde la télé (...) Mais quand, par exemple dimanche j'ai fait dix quinze kilomètres à pied. (...) Je fais le tour (de la commune) ». « J'aime bien partir une heure ou deux, ou trois ou quatre heures. Le tout c'est que je sois rentré pour faire mes piqûres. Parce que je vais pas faire revenir mes infirmières », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

« Je faisais de la marche, ça me faisait du bien mais bon là j'ai remis en route quand même... Quand vous êtes toujours comme ça, chez vous, c'est pas bien non plus. Il faut essayer....Mais je faisais beaucoup de marche et après j'ai arrêté. Avec ma mère, aussi, bon j'avais plus le temps. Et là, j'ai remis en route un peu, à refaire un peu de marche. Je dis, peut être ça va m'aider à mieux dormir », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Camille, quant à elle, insiste surtout sur les tâches ménagères du quotidien qui sont pour elle un moyen d'oublier sa solitude ainsi que ses problèmes :

« Et j'aime bien le ménage ... En fait j'aime bien faire des trucs. D'un côté j'aime pas faire des trucs, parce qu'en fait je suis fatiguée. Mais j'aime bien faire des trucs, en fait, faut tout le temps que je fasse un truc. C'est ... Bah en fait, faut que je fasse des choses tout le temps tout le temps. Parce que dès que je m'ennuie, je vais penser à des choses qui vont ... me rendre triste, que je vais pas être bien. Donc en fait je vais faire à manger, dès que j'ai fini je vais prendre ma douche. Dès que j'ai fini ma douche je vais passer un coup à terre, dès que j'ai passé un coup à terre, je vais faire ma lessive. Tu vois c'est ... c'est une chaîne en fait toute la journée. Ma journée, ma nuit c'est en chaîne en fait, ça se répète, différemment mais tous les jours quoi. J'ai besoin de faire des choses pour m'évader la tête en fait. C'est ... Après chacun ... J'aime bien, j'écoute de la musique je fais mon ménage »

« Chez moi des fois je m'ennuie. Je peux laver chez moi trois fois par jour. C'est ... Faut que je fasse un truc. C'est ... En fait je me sens moins seule. Je suis toujours toute seule », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Certaines personnes, quant à elles, ont fait le choix de s'investir bénévolement dans des structures, souvent associatives, afin d'y recréer du lien social. Corinne, par exemple, que nous rencontrons dans une association d'aide alimentaire au sein de laquelle sa mère est

« bénéficiaire - bénévole »⁶⁸, nous explique qu'elle se rend également, toujours avec sa mère (qui y est également bénévole), dans une autre structure associative qui propose diverses activités, « pour dire de parler et pour passer du temps ». Toujours dans cette association d'aide alimentaire, nous rencontrons Béatrice, qui y a été bénévole dans le passé, et qui y est aujourd'hui uniquement bénéficiaire. Elle avait interrompu son bénévolat car avait trouvé un nouvel emploi. Aujourd'hui, elle n'a plus d'activité professionnelle, mis à part certains remplacements dans un hôpital en tant qu'agent de service hospitalier. Depuis qu'elle est de nouveau au chômage, elle explique qu'elle s'est fortement réengagée dans différentes associations, dans lesquelles elle se rend, pour certaines plusieurs fois par semaine. Après avoir fait une dépression il y a un an, cet engagement est pour elle le moyen de « faire des choses, pour être mieux ». Elle précise également que ce sont des activités qu'elle met sur son CV, afin de montrer qu'elle « ne fait pas rien ».

Lors de notre enquête, nous avons pu rencontrer l'une des bénévoles (non bénéficiaire) de cette association d'aide alimentaire. Cette dernière nous explique l'intérêt que peut avoir l'association pour les personnes qui s'y engagent :

« Je suis en contact avec des bénéficiaires bénévoles. (...) donc bénéficiaires qui sont dans le besoin et qui viennent, qui participent activement, qui font la même chose que nous quoi. (...) On fait ça dans la bonne humeur, les gens discutent les uns avec les autres, quand il y a quelque chose, quand il y a un problème on peut m'en parler, on a besoin de mon avis. Parfois c'est plus un confort moral qu'autre chose, ou une aide, si ça peut être une aide euh ... psychologique », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Il s'agit donc ici de situations dans lesquelles les personnes elles-mêmes décident de mener ces diverses activités, formelles ou informelles. S'ajoute à ces démarches personnelles la possibilité de participer à des animations proposées par les structures qui les accompagnent.

3) Un rôle de socialisation des structures à travers la mise en place d'animations

Tout au long de leur témoignage, plusieurs usagers, de diverses structures, évoquent des activités et animations organisées par ces dernières, et auxquelles ils participent.

La bénévole de l'association d'aide alimentaire nous explique que ces temps sont organisés pour « des gens qui ont besoin de ça, qui peuvent participer ». Elle précise également le type d'animation proposée :

« C'est à dire qu'en règle générale c'est toujours en fonction des fêtes, fêtes de Noël, on peut faire un goûter avec des enfants, il y a des bénéficiaires bénévoles aussi qui sont très manuels, il y a notamment l'une d'entre elles qui est vraiment habile de ses

68 Le terme de « bénéficiaire - bénévole » est utilisé par les membres de cette association pour nommer les personnes qui bénéficient des colis alimentaires et qui s'engagent également au sein de la structure.

mains et qui fait beaucoup de choses pour la fabrication de différents articles hein, enfin différentes choses, alors elle fait ça avec les enfants (...) il peut y avoir des sorties, il peut y avoir des ... Oui par exemple faire des balades dans les remparts, expliquer l'histoire voilà. Il y a toujours le domaine culturel qui est derrière, il y a toujours la lecture. Ça peut être euh .. pff, ça peut être pleins de choses du domaine de l'animation », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Nous avons retrouvé ces propositions d'animations et d'activités dans les deux CHRS au sein desquels nous avons mené l'étude :

« Et puis avec ça il y avait des festivités, des trucs. Là on va arriver, il va y avoir des trucs ». « Là par exemple dimanche on va, il y a une course aux canards. Ils lâchent des canards en plastique sur la rivière, et puis bah ils ont des numéros. Et puis si vous jouez vous donnez des numéros et puis vous gagnez un cadeau (...) tout le monde joue », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

« Bah parfois ils font des petites activités ici, genre du théâtre, une fois ils ont ramené un groupe de musique. Moi la dernière fois j'ai fait une activité pour faire un livre, des choses comme ça en fait. Donc parfois il y a des petites activités », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Élise, ancienne habitante de l'un des CHRS, nous explique que ces activités ont une importance certaine pour elle : *« Ça m'intéressait et aussi pour pas perdre le rythme de la vie extérieure quoi (...) puis revoir les copains », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale).*

Si les CHRS et associations accordent de l'importance à la mise en place d'activités à destinations de leur usagers, c'est car ceux-ci ont souvent des mobilités restreintes.

4) Une mobilité quotidienne restreinte

La majorité des personnes que nous avons rencontrées, ont des activités et occupations quotidiennes voire hebdomadaires, mais restent bien souvent dans un secteur géographique restreint. Par exemple, une grande partie de leurs déplacements s'effectue au sein de leur commune d'habitation, et qui plus est, à pied. Plusieurs personnes rencontrées dans le CHRS situé en zone urbaine, par exemple, expliquent avoir tout à proximité. De même, dans le CHRS situé en zone rurale, Camille précise qu'elle se déplace beaucoup à pied : *« Et puis bah donc j'ai Aldi derrière, donc je fais mes courses à pied, ça va. Je me débrouille (rires) », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).*

Les trajets les plus importants sont souvent pour se rendre dans une commune voisine de quelques kilomètres. Marie par exemple, lorsqu'elle se rend chez son père, a sept kilomètres à parcourir. Elle est d'ailleurs la seule, parmi l'intégralité de nos enquêtés, à posséder une voiture. Kéziah quant à elle habite dans un logement appartenant au CHRS au sein duquel nous l'avons rencontrée, mais qui est situé dans une commune voisine. C'est donc pour venir

jusqu'au CHRS qu'elle effectue ce déplacement de plusieurs kilomètres. Jacques également, qui est engagé dans différentes structures associatives est amené à se déplacer dans une commune voisine (celle de son ancien logement).

Les quelques voyages d'une plus grande ampleur restent très rares, occasionnels et passés. Antoine, par exemple, lorsqu'il revient sur son ancien emploi explique qu'il connaissait les territoires où il travaillait par cœur et qu'il pouvait s'y repérer facilement (il évoque notamment une commune se situant à presque une heure de route de là où il habitait).

Outre cette dimension micro locale, on remarque également qu'une grande partie des occupations ou activités dont nous font part les personnes relèvent de l'habitude et s'inscrivent dans un programme qui se répète chaque semaine, chaque mois. Marie par exemple, bénéficiaire de l'association d'aide alimentaire située en zone rurale, nous explique qu'elle se rend aujourd'hui chez son père trois fois par semaine. La distribution de colis proposée par l'association fait également partie de ses rendez-vous. Au sein du CHRS situé en zone urbaine, lieu où nous avons rencontré beaucoup de familles, les déplacements tels qu'aller chercher les enfants à l'école, ou encore aller faire les courses sont habituels. Dans un autre CHRS, Camille précise qu'elle ne fait que peu de choses, qu'elle n'effectue pas ou peu de sorties pour le plaisir. En revanche, les trajets du travail et des courses reviennent à plusieurs reprises : « *Parce qu'en plus, quand je sors du travail, il faut que je passe faire des courses (...) que je porte les sacs, que je fasse la route jusqu'à chez moi* », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).

Certaines personnes se rendent également à des activités organisées par des associations situées sur leur commune d'habitation, malgré le fait que ces dernières paraissent ne leur plaire que moyennement :

J : « Ah bah là au C. ... Bah il faudrait de l'occupation, il faudrait que je repasse mon permis (...) Après un matin on a été... comment ça s'appelle, on fait avec une jeune animatrice, je vais pas dire du coloriage mais on fait des livres pour les enfants. On fait des découpes ... Comment que ça s'appelle... Euh... On a ça une fois par semaine, on fait des trucs comme ça vous voyez, mais on fait ça avec de la feutrine, après on découpe, on coud... »

GDS : « Ça vous plaît ? »

J : « Bah on essaie de s'adapter... », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale)

« Il y a (l'association) juste à côté, ça me plaît pas de trop mais bon ... On fait du coloriage pour les enfants quoi. À part ça il y a rien. Après moi j'aimerais bien trouver un truc rémunéré, parce que bénévole... C'est bien mais à petite dose. Après je fais du

jardinage, ça me plaît bien, je le fais au C., j'entreprends tout, ménage, courses, ranger, jardinage, non tout, tout seul », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale)

Ces témoignages révèlent l'importance que représente le fait d'entretenir une mobilité quotidienne ainsi que des occupations. Pour ces deux personnes, ce qui paraît compter est surtout l'idée de s'occuper, quelque soit l'activité proposée.

Cette question de la mobilité a une importance non négligeable sur le renoncement aux soins, ce que nous verrons ultérieurement.

Toutes ces caractéristiques liées aux situations de grande précarité, telles que l'absence d'emploi et les faibles ressources financières, des conditions de logement pas toujours idéales, et une socialisation faible se révèlent donc fortement présentes dans les témoignages des personnes rencontrées, et vont avoir des incidences sur la façon dont elles abordent et entretiennent leur santé et leur accès aux soins.

II. L'état de santé des personnes rencontrées

L'écart entre la volonté que tout le monde puisse accéder aux droits sociaux et l'accès réel à ces droits a toujours existé. Mais on s'y intéresse de plus en plus en France ces dernières années, c'est pourquoi les divers acteurs cherchent à réduire le taux de non-recours. « Depuis 2010, la lutte contre le non-recours aux droits fait par exemple partie des objectifs stratégiques de la branche maladie de la Sécurité sociale, en particulier s'agissant des prestations de la couverture maladie universelle (CMU) »⁶⁹. C'est dans ce cadre que nous allons, dans cette partie, tenter de faire un point sur l'état de santé des personnes rencontrées. Nous allons également exposer les résultats que nous avons trouvés sur la vision que ces personnes ont de leurs droits en terme de couverture maladie et la manière dont elles les exploitent, mais aussi sur la place qu'elles accordent à leur santé, pour enfin évoquer les types de contournements mis en place par les usagers pour pallier le non-recours.

A. Entre protection et risque

La Protection Universelle Maladie (PUMA) est entrée en application le 1er janvier 2016 avec la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2016. La PUMA garantit la prise en charge des frais médicaux des personnes qui y sont affiliées et qui résident de manière stable et durable en France depuis au moins 6 mois. Elle garantit cette prise en charge même en cas de changement dans la vie de l'assuré (perte d'emploi, changement familial etc.). Dès l'âge de 18 ans, chaque assuré peut en faire la demande.

La PUMA remplace la CMU de base et a pour objectif de simplifier les démarches des assurés et de leur garantir plus d'autonomie. Ainsi, les assurés ne doivent plus, en principe, justifier chaque année de leur situation pour bénéficier d'une couverture maladie universelle pour l'année suivante. Malgré cette tentative de simplification, ce dispositif est encore mal connu de nos enquêtés. Ils parlent ainsi tout au long de notre enquête de la CMU de base et de l'AME. La CMU-C reste elle, en vigueur.

Avec cette dernière, l'objectif est de faire en sorte que les personnes ne renoncent pas à se soigner pour des raisons financières. Ces dispositifs relèvent du ciblage, technique consistant à concentrer les budgets sociaux sur ceux qui en ont le plus besoin. Or le ciblage de la protection sociale peut avoir des conséquences paradoxales. Il peut complexifier l'accès aux droits des populations potentiellement éligibles en définissant tout un ensemble de critères. Et peut aussi induire une stigmatisation. C'est en 2006 que le Fond CMU décide d'enclencher des études qualitatives et quantitatives pour lever le voile sur ce sujet. En 2014 le fond estime globalement que le phénomène se situe en fonction des départements entre 21 à 34% pour le non-recours à la CMU-C. Bien que ces chiffres varient en fonction des départements, nous avons pu constater d'une part qu'un nombre assez conséquent des personnes rencon-

69 REVIL Hélène, « Le "non-recours" à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution », La Revue de l'Ires, 2014, vol. 2, n°81, p. 4.

trées bénéficiaient de la couverture maladie universelle et d'autre part que le non-recours aux soins de ses bénéficiaires restait très important⁷⁰.

En effet, la majorité des personnes rencontrées, qu'elles soient usagers d'un CHRS, de l'aide alimentaire ou d'autres structures, déclarent bénéficier de la CMU. Parmi les 24 personnes rencontrées, 18 déclarent qu'elles sont bénéficiaires de la CMU, et 4 autres personnes déclarent que la procédure est en cours et 2 ont l'aide médicale d'État. Par conséquent les bénéficiaires de la CMU disent que leur frais médicaux sont pris en charge à 100%. C'est par exemple le cas de Kémis, usager d'un CHRS qui déclare ne pas avoir de problème avec sa couverture maladie et que celle-ci est satisfaisante : « *Bah là je suis tout remboursé à 100%, les médicaments, l'hôpital il est pris à 100% donc euh c'est cool* », (Kémis, 24 ans, CHRS zone rurale).

C'est aussi le cas d'Alexandre, un usager d'une association au service des sans-abris et des plus démunis qui a la CMU et qui déclare ne pas avoir rencontré de difficultés particulières pour l'obtenir. Il évoque néanmoins les trois mois d'attente du dossier. Avant d'avoir la CMU, il avait un reste à charge qu'il ne pouvait pas se permettre de financer. C'était donc un peu compliqué pendant ces trois mois, mais depuis il n'a pas rencontré de problèmes. On ne lui a jamais prescrit de médicaments non remboursés.

On peut ajouter également le témoignage de Marie, usager d'une structure d'aide alimentaire qui est à la CMU depuis un an et qui en est satisfaite. Elle dit que pour le moment, cela lui permet de prendre en charge ses besoins en terme de santé. Avant elle avait une mutuelle avec laquelle elle ne rencontrait pas de problème non plus.

Néanmoins, même si les titulaires de la CMU sont majoritaires et qu'ils semblent être satisfaits de cette dernière, la littérature à ce sujet et les observations que nous avons faites sur le terrain révèlent un non-recours aux soins important. En effet, nous avons constaté que les personnes rencontrées, lorsqu'elles bénéficient d'une couverture maladie, ne la sollicitent pas pour autant, bien au contraire, le recours aux soins se fait en général dans des cas d'extrême urgence. Enfin, lorsqu'elles ont recours aux soins c'est pour beaucoup d'entre elles, pour suivre un traitement important, sujet sur lequel nous reviendrons.

En effet, outre la satisfaction d'être couvertes à 100% par leur couverture maladie, les personnes que nous avons rencontrées ont déclaré pour la moitié d'entre elles avoir des problèmes de santé chroniques et d'autres problèmes importants. Nous avons pu observer que ces personnes atteintes de maladies chroniques, vont consulter un médecin et donc ont recours à leur couverture maladie parce qu'elles doivent suivre un traitement à renouveler à chaque fois.

Nous pouvons prendre l'exemple de Marie que nous avons rencontrée dans une structure d'aide alimentaire qui ne se rend pas régulièrement chez le médecin, sauf pour un traite-

70 REVIL Héléna, *Ibid.*, p. 3.

ment, tous les trois mois car elle fait de l'hypertension, elle a du cholestérol et souffre d'une douleur au bras : « *J'y vais une fois tous les trois mois parce que j'ai un traitement à prendre. Donc une fois tous les trois mois, j'y vais pour les médicaments* », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire).

On peut citer pour exemple le cas de Kémis qui déclare avoir fait de la dépression pendant un mois suite à des problèmes au sein de sa profession et qui prend encore un traitement pour cela. Tout comme Jannot qui souffre également d'une dépression depuis un certain temps et prend un traitement antidépresseur.

Aux problèmes cardio-vasculaires et aux troubles psychiques, nous avons également constaté que la consommation d'alcool était un phénomène qui revenait à plusieurs reprises. Paul, usager d'un CHRS, a témoigné avoir été dans un cas de dépendance à l'alcool : « *Dans l'alcool. Pas l'alcool faible, l'alcool fort. C'est pour ça que j'ai des problèmes de pancréas maintenant, je me fais opérer à la fin du mois normalement. Depuis deux ans.* », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale).

Paul a subi plusieurs hospitalisations suite à des douleurs pancréatiques, ce qui l'a en partie poussé à arrêter de consommer de l'alcool par peur d'être gravement malade. Il a donc été pris en charge dans une structure d'hébergement.

Un autre usager de ce même CHRS, Jannot, a aussi été pris en charge pour sa consommation d'alcool. Il a fait une cure en addictologie il y a quatre mois. Il en avait déjà fait une il y a quelques années et avait réussi à arrêter de boire pendant quatre mois. La cure à laquelle il a participé a duré un mois, et il a ensuite été orienté vers une autre structure où il est complètement abstinent depuis trois mois.

Nous avons également relevé des problèmes dentaires chez certaines personnes rencontrées. Il s'agit souvent de personnes qui ont besoin d'un dentier et qui pour plusieurs raisons ne vont pas consulter un spécialiste. Certaines personnes déclarent avoir la phobie du dentiste, c'est le cas de Camille, rencontrée dans un CHRS :

« Dentiste j'y vais pas j'ai peur, j'ai la phobie, faut pas m'en parler (rires). Ah j'vous jure hein, faut pas, c'est impossible. (...) ça faut le zapper, faut pas m'en parler ! Bah j'ai envie d'y aller hein, sincèrement j'ai envie d'y aller. Parce que je devais y aller, mettre un appareil tout ça (...) », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Ou encore Corinne, rencontrée dans une structure d'aide alimentaire qui déclare qu'elle a besoin d'aller chez le dentiste qu'elle ne supporte pas, car elle a eu une mauvaise expérience quand elle était jeune. Elle n'y retournera donc pas et préfère passer par une opération à l'hôpital prévue en fin d'année. Tout comme Bastien, un usager d'une association au service des sans abris et aux plus démunis qui a déclaré ne pas se rendre chez le dentiste même s'il n'a plus de dent et qu'il est conscient de devoir les refaire.

Enfin, le dernier point que l'on peut évoquer concernant les problèmes récurrents auxquels les personnes que nous avons rencontrées doivent faire face, c'est l'hygiène. C'est ce que témoigne une bénévole, référente santé dans une structure d'aide alimentaire :

« L'hygiène a aussi beaucoup d'influence, enfin je pense qu'il y a un manque énorme dans l'hygiène ... Parce que ce sont des personnes qui, pfff ... Donc n'ont pas les moyens sur le domaine médical, mais il y a un peu, il y a un petit côté bohème, ils s'en fichent quoi, c'est vraiment ... Bon je dis pas que tout le monde est comme ça hein attention. Mais il y en a quand même pas mal. Il y a quand même des gens qui ont un pull qui date d'une semaine, trois semaines ... J'exagère hein, mais je veux dire, bon, ça se sent. Ça peut être ce genre de choses. Donc ... C'est le domaine euh, oui c'est ça. Les cheveux qui sont pas lavés euh, voilà, les gens qui ont une certaine odeur, ça c'est ... Il y a de tout. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Caroline Desprès parle de la faible attention à soi, elle dit que les personnes en situation de grande précarité manquent d'intérêt pour elles-mêmes et cela pour diverses raisons. Selon les résultats de l'étude qu'elle a mené, les personnes justifient leur manque d'intérêt par le manque de temps, la faible valeur qu'elles accordent à leur corps et plus généralement à leur personne⁷¹.

Lorsque l'on observe les différents témoignages en ce qui concerne les divers problèmes de santé, on peut constater que ces personnes souffrent de maladies graves et pourtant elles précisent bien qu'elles ne se rendent chez le médecin uniquement pour cela et que mis à part ces maladies, elles n'ont aucune raison de consulter car elles se sentent bien. En effet, nous avons observé que même si les personnes souffrent d'une pathologie, elles s'estiment toujours en bonne santé et donnent l'impression que leur maladie est bénigne. Par exemple, Kémis qui est hyperactif et qui a fait de la dépression, prend actuellement un traitement mais se considère en bonne santé :

« Non c'est rare parce que je suis pas tout le temps malade moi, il pourrait neiger, je sais pas quand y'avait plein de neige je me suis mis torse nu comme ça (...) Non j'ai pas de problème de santé mais après je prends des traitements c'est pour mes nerfs c'est tout, je suis hyperactif moi donc à peine on va me regarder de travers ça va monter crescendo», (Kémis, 24 ans, CHRS zone rurale)

C'est également le cas pour Antoine que nous avons rencontré en CHRS, qui est diabétique, qui a des problèmes au cœur et au pancréas et qui sur une échelle de 0 à 10 estime sa santé supérieure à la moyenne : « Oh, alors je vais pas mettre 10 parce que ce serait mentir, mais

71 DESPRES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », *Anthropologie et santé*, 2013, n°6, p. 10.

8 ou 9. Il y a des jours je suis fatigué, c'est ceci, c'est le temps, c'est ceci. Donc mettons entre 7 et 8, aller hop. », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale).

Jacques, que nous avons rencontré en CHRS, a un glaucome et un traitement pour décompresser mais au niveau de sa santé il déclare qu'il va bien et qu'il se préoccupe plus de la question du logement. Sur une échelle de 1 à 10, il situe sa santé à 6 ou 7, il montrait même jusqu'à 8. Marie est dans le même cas et déclare qu'elle va bien car elle ne ressent pas de douleur : « 7 là quand tout va bien. voilà c'est pas. Bon j'ai un traitement quand même. Faut que je fasse pas de beurre, pas de matières grasses tout ça mais bon. On l'a mais je veux dire ça fait pas mal quoi. Je ressens pas euh... », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire).

On peut également s'appuyer sur les résultats du rapport SAMENTA, selon lesquels en ce qui concerne la santé ressentie, le ressenti de l'état de santé général des personnes est dans 11,6% des cas mauvais ou très mauvais, ils sont plus d'une personne sur cinq à considérer que leur santé psychologique est mauvaise ou très mauvaise. Concernant la santé générale, ces derniers auront tendance à se sentir plutôt en bonne santé, ils sont en effet 34,3% dans ce cas. 16,6% s'estiment en très bonne santé⁷². Cette étude, même si elle a été menée auprès de personnes en situation de précarité en île de France, fait échos à ce que nous avons pu constater sur le terrain.

Il en est de même pour l'étude menée par Maryse Marpsat sur les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds. En effet, elle dit que parmi les enquêtés, 42% disposant d'un logement autonome déclarent que leur santé est bonne ou très bonne, et qu'ils ne sont que 22% à ne déclarer aucune maladie chroniques ou grave⁷³.

On constate alors que les personnes en situation de grande précarité que nous avons rencontrées, pour la majorité d'entre elles, ne jouissent pas pleinement des droits qui leur sont conférés. Malgré des parcours de vie différents, elles opèrent de manière similaire en ce qui concerne les consultations médicales. Elles évitent d'aller consulter un médecin et même si elles ont des problèmes de santé importants, elles se sentent en bonne santé. Nous avons observé également que lorsqu'il y a un recours aux soins et un suivi médical c'est lorsque la santé est gravement atteinte et que la personne ne peut plus s'en sortir seule. Il est également intéressant de préciser que le renoncement aux soins a été évoqué pour d'autres raisons, notamment celle de la place que ces personnes accordent à leur santé, qui diverge selon leur socialisation.

72 LAPORTE Anne, CHAUVIN Pierre (dir.), Enquête Samenta. La santé Mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, , op. cit., p. 58.

73 MARPSAT Maryse, « Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds », op. cit., p.75.

B. L'importance accordée à la santé chez les personnes en situation de grande précarité

Nous l'avons montré précédemment, la majeure partie des personnes rencontrées souffrent de problèmes de santé chroniques ou ponctuels. Il est alors intéressant d'analyser l'importance qu'ils accordent aux soins. C'est pourquoi nous mettrons en évidence d'une part que la santé est une préoccupation secondaire pour les personnes vivant dans des conditions instables, et d'autre part que l'appréhension de la santé varie selon les individus et leurs expériences.

1) La santé : une préoccupation secondaire

De nombreux freins concourent au renoncement aux soins des individus. Face aux situations complexes dans lesquelles ils évoluent, certains enquêtés sont dans la nécessité d'effectuer une priorisation de la prise en charge des difficultés sociales. Ils vont aussi être confrontés à une temporalité des démarches de soin qui ne coïncide pas avec leur mode de vie. Enfin, les représentations sociales et l'expérience du soin vont aussi avoir un impact sur la place accordée à la santé.

Une priorisation des difficultés sociales :

Si nous avons pu observer des recours aux soins très hétérogènes, auprès des populations rencontrées les plus précaires, la santé n'apparaît pas comme une priorité. Ces individus vont avoir tendance à accorder une moindre importance aux démarches relevant des soins de santé. Nous l'avons évoqué précédemment, nos enquêtés sont confrontés à un cumul de difficultés sociales telles que l'accès au logement et à l'emploi ou encore un manque de ressources financières indéniable. Dans ce cadre, les besoins vitaux, alimentation, logement et emploi constituent une préoccupation majeure des usagers et ont ainsi tendance à reléguer au second plan le recours aux soins. Ainsi, la phase de stabilisation par le logement semble favoriser l'intégration des individus dans les démarches de soins et de prise en charge de leur santé. En effet, le renoncement aux soins « *n'apparaît pas comme problématique du fait que se soigner revêt pour les personnes une importance toute relative vu les difficultés auxquelles elles ont par ailleurs fait face* »⁷⁴.

Cette tendance est à la fois mise en évidence par les usagers et par les professionnels rencontrés :

« Les gens à la rue ou en structure, ils ont autre chose à penser. Parce que la santé c'est pas un sujet qui est abordé en premier, en structure, eux ce qu'ils veulent c'est travail, logement. La santé ça vient après, c'est trop complexe », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

« Ils n'ont pas de suivi régulier avec des médecins traitants ni des spécialistes, et autres, du fait qu'ils sont en précarité, beaucoup n'ont plus accès aux droits médi-

caux ouverts. C'est aussi le fait qu'ils soient pas forcément habitués. Tant qu'ils ont encore deux, trois dents... Voilà c'est pas une priorité. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

La complexité tant financière que matérielle dans laquelle évoluent ou ont évolué les usagers aurait donc un impact sur le recours et sur la place accordée à la santé dans la vie quotidienne. Ces personnes vont alors s'inscrire dans un système de non-recours aux soins ou à certains soins afin de privilégier des besoins qu'ils considèrent plus urgents. Ils vont donc procéder à un arbitrage et être dans l'obligation de faire des choix quant à la prise en charge financière de certains besoins. Ce type de situation relèverait d'un renoncement aux soins à travers une restriction des choix et des possibilités. Ces arbitrages relèvent d'un ordonnancement des valeurs, des besoins et des projets.⁷⁵ De la même manière, « les renonçants sont conduits à hiérarchiser leurs besoins en fonction de leur urgence mais aussi en fonction de leurs ressources. Le renoncement apparaît alors comme un calcul de risques et priorités »⁷⁶. Lors de nos rencontres, certaines personnes ont exprimé une forte restriction en termes de démarches de soins et de bien-être, un choix nécessaire pour répondre à des besoins primordiaux. C'est notamment le cas de Magdala qui, entourée de sa famille, a vécu une période dans la rue, sans aucune ressource, ni couverture maladie. A cette période, le renoncement aux soins a été très fort la concernant, elle et son mari. Leurs conditions de vie étant particulièrement difficiles, les perspectives d'avenir relevaient de préoccupations immédiates et de satisfactions des besoins tels que le sommeil, l'alimentation et le logement. Ce type de discours apparaît aussi dans le cas de Gaëtan, âgé de 27 ans et ayant vécu plusieurs années à la rue, qui évoque le peu d'intérêt qu'il accordait à sa santé à cette époque :

« C'est dur de ne pas pouvoir répondre à ses besoins de base. On mangeait pas, on dormait pas. Alors arrivé un moment, on regarde plus, on mange ce qu'on trouve. », (Magdala, 52 ans, CHRS zone urbaine)

« Ouais c'était le dernier truc à quoi je pensais, il fallait que je mange, que je trouve des clopes, après vraiment si il y a un truc de fou là j'y allais, mais non j'avais rien de spécial. », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale)

La temporalité des démarches :

Les temps d'attente dans la prise de rendez-vous auprès des spécialistes peuvent aussi être un obstacle au recours aux soins des individus en situation de précarité. En effet, la projection de leurs besoins est immédiate et il leur est donc compliqué d'appréhender la temporalité et le rythme imposé par les divers dispositifs sociaux et médicaux. Les personnes vivant dans des conditions sociales et sanitaires complexes ne sont pas toujours en mesure

75 DESPRES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situations de précarité », op. cit., p. 12.

76 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard – Rapport d'étude, op. cit., p.27.

de se rendre à des rendez-vous fixés, longtemps après qu'ils en aient ressenti le besoin. Leur mode d'hébergement étant généralement instable, ils sont régulièrement amenés à changer de ville ou de territoire :

« C'est pas que j'ai pas envie, c'est juste que j'ai loupé. On y avait été au mois d'Avril, alors, Mai, Juin, après t'y penses plus. Entre temps on va ailleurs, c'est pas forcément ma préoccupation première », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale)

« Une personne qui est à la rue, même en CHRS si vous lui donnez un rendez-vous trois mois après, la personne elle va plus s'en rappeler, elle va pas prendre son agenda pour le marquer... En 3 mois il y a pas mal de choses qui vont évoluer, ils vont peut-être trouver un logement ou autre et la santé ils vont oublier donc ils ne vont pas aller au rendez-vous. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Représentations sociales et renoncements aux soins :

La représentation et les raisons qui expliquent le renoncement aux soins vont aussi être influencées par le vécu personnel des individus. Dans cette logique *« le renoncement est plus fréquemment pensé comme une barrière chez les personnes ayant les revenus les plus bas. Ces dernières énoncent également des renoncements relevant d'une résistance au pouvoir médical, à l'institution hospitalière ou refusent des soins quand ils n'en comprennent pas l'intérêt »*⁷⁷ L'expérience du soin varie en fonction des individus et leur rapport à la santé va donc se construire de manière différenciée. Ainsi, les individus n'octroient pas la même importance à leur santé, et n'en ont pas non plus la même compréhension. Notre rencontre avec Jannot peut-être révélatrice de l'importance de l'appréciation qu'ont les individus des soins proposés par les médecins. En effet, bien qu'il souffre de douleurs chroniques aux genoux, il envisage de ne pas suivre le traitement préconisé par son médecin, pour des raisons financières d'une part et d'autre part parce qu'il n'est pas convaincu de son efficacité à long terme :

« C'est plus remboursé donc si j'ai pas les moyens je le ferai plus, je le ferai plus. A part si à ce moment là j'ai touché les sous de mon héritage, mais il faut pas que je bouffe tout pour ça aussi ! Non mais ça coûte 150 à 200 euros a dit le médecin. C'est pas que je veux pas, mais je suis pas sur que ça serve à quelque chose. Je suis pas sur que ça va marcher, alors je veux bien essayer si c'est pris par la CMU... Mais si il faut que je mette de ma poche, à moins que ce soit quelque de grave... », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale)

77 DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », Sciences sociales et santé, 2013, vol. 31, n°2, p. 89.

La nécessité de répondre à des besoins primaires et immédiats, la temporalité des démarches ainsi que la représentation qu'ont les usagers de la santé a donc un impact sur l'importance qu'ils accordent aux soins et à la prévention de certaines maladies. La santé va alors occuper une place différenciée en fonction des parcours et des situations sociales et économiques des individus.

2) Différentes places accordées à la santé et au recours aux soins

Il nous a été possible de mettre en évidence différentes manières d'appréhender et de considérer la santé. Si certains usagers vont s'inscrire dans des parcours de soins réguliers ou ponctuels, d'autres vont être confrontés au renoncement de certains soins.

a) Des recours réguliers et ponctuels

Le recours aux soins peut-être fréquent chez certains usagers. Il s'agit notamment des personnes ayant eu l'habitude au cours de leur vie de consulter régulièrement des médecins généralistes et spécialistes, des individus suivant un traitement médical de longue durée, et enfin des consommateurs ponctuels des services de santé.

Les recours aux soins habituels :

Certaines personnes rencontrées attachent une grande importance à la santé, généralement par un système d'habitude qui s'est mis en place dès leur enfance, mais qui s'est aussi construit du fait de leur situation sociale et économique précaire. Ces individus ont acquis des « compétences »⁷⁸ au fil de leur parcours « jalonné de difficultés »⁷⁹ et « maîtrisent les codes et les rouages des institutions »⁸⁰. Dans la mesure où ces personnes ont une parfaite connaissance du système dans le lequel ils évoluent, ils auront tendance à être des consommateurs de soins réguliers. Ainsi, lorsqu'ils éprouvent un besoin en termes de santé, ils savent par quel moyen y répondre, à l'image de Béatrice, qui s'inscrit dans un recours aux soins très régulier et préventif. Elle effectue un bilan de santé gratuit tous les ans, des mammographies de manière régulière aussi, et se rend chez divers spécialistes comme le gynécologue. La santé a une place importante dans sa vie puisqu'elle a mis en place un calendrier qui lui permet chaque mois de décembre de programmer tous les rendez-vous de contrôle qu'elle et son fils devront effectuer au cours de l'année. Elle accorde aussi de l'importance à son bien-être et à la prévention de certains risques en prenant des produits à base de plantes. Parmi l'ensemble de nos enquêtés, Béatrice est la seule accordant une place si privilégiée à la santé. Contrairement à la majorité des personnes, elle achète par exemple systématiquement les médicaments prescrits par son médecin, qu'ils soient remboursés ou non : « *J'ai toujours fait attention* » (Béatrice, 48 ans, association d'aide alimentaire).

78 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », FORS-recherche sociale, rapport pour l'ONPES, 20 octobre 2015, p. 30.

79 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 30.

80 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 30.

Les suivis réguliers dans le cadre d'un traitement et les recours ponctuels :

Nous l'avons évoqué précédemment, une part non négligeable de nos enquêtés souffrent de problèmes de santé chroniques. Ces derniers sont donc des consommateurs de soins réguliers dans le cadre de leur suivi médicamenteux. Leurs visites auprès des médecins généralistes ont tendance à se limiter au renouvellement des traitements, mais elles restent régulières, tout comme le recours à certains spécialistes (dentistes, ophtalmologistes). Ce type de situation concerne notamment Vanessa, qui se rend régulièrement chez le dentiste ou l'ophtalmologiste ou encore Nadine, suivie elle aussi dans le cadre d'un traitement, qui fait une prise de sang tous les mois. Corentin, quant à lui, se rend chez le médecin tous les trois mois afin de reconduire son ordonnance. C'est aussi le cas de Marie, qui explique se rendre chez le médecin exclusivement dans le cadre de son traitement. Bien que ces personnes aient un recours régulier aux soins médicaux, l'aspect curatif au détriment de l'aspect préventif de la santé reste présent :

« J'y vais une fois tous les trois mois parce que j'ai un traitement à prendre. Donc une fois tous les trois mois, j'y vais pour les médicaments. Voilà. Sinon quand je suis pas malade, j'y vais pas. C'est rare que je vais chez le médecin comme ça, en dehors de mes trois mois. Il faut vraiment... », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Enfin, à l'instar de Magdala, Hawa, Kéziah ou encore Ivana, certains enquêtés vont donc s'inscrire dans un recours aux soins ponctuel en cas de besoins spécifiques. Pour ces personnes, c'est la stabilisation de leur situation administrative à travers l'acquisition d'une couverture maladie qui les a incités à renouer avec les démarches de santé et de bien-être. Alors qu'Élise n'avait que rarement recours aux spécialistes lorsqu'elle ne disposait pas d'une couverture maladie personnelle, elle peut aujourd'hui prendre en charge sa santé : « Mon ex il avait pas la CMU, donc fallait prendre une mutuelle, fallait pas abuser non plus, et puis bon j'avais peur de profiter de lui quoi (...). », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale).

b) Des renoncements aux soins subis ou volontaires

Nous l'avons montré précédemment, si certains enquêtés s'intègrent dans une démarche de soins régulière ou ponctuelle, la majorité d'en eux s'inscrit dans un renoncement aux soins, qui peut-être volontaire ou subi. En effet, une part importante des personnes interrogées ont tendance à accorder une faible importance à leur santé ou à s'inscrire dans une démarche de soins qui relève exclusivement d'un aspect curatif et/ou urgent.

Des renoncements aux soins volontaires :

Lors de nos rencontres, plusieurs personnes ont expliqué ne se rendre que très rarement chez des professionnels de santé, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Si certains sont suivis dans le cadre d'un sevrage d'alcool, c'est notamment le cas de Jannot, Paul et Antoine, leur recours aux soins se limite néanmoins aux entrevues au sein d'hôpitaux de jour ou de CSAPA. Ces personnes ont adopté une certaine autonomie par rapport à une société

dont ils n'attendent plus la protection. Ils vont alors osciller entre résignation et revendication, et leur invisibilité va être à la fois intériorisée et assumée : « cette capacité à renoncer à être assisté peut aussi tenir de leur volonté de s'invisibiliser en refusant la description statistique et/ou institutionnelle qui les caractérise comme des personnes précaires à partir d'indicateurs négatifs. »⁸¹. Certains enquêtés semblent en effet relativement réfractaires au domaine médical, et dans ce cadre, le recours aux soins s'effectue en cas d'extrême nécessité. La place accordée aux soins chez ces individus est relativement faible :

« Bah en fait j'ai pas de médecin ici. En fait ça doit se faire, sans mentir... Bah un an et demi que j'ai pas été chez un médecin. J'ai passé une visite médicale pour ma formation, mais à part ça (...). Si je suis malade j'irai, mais si je suis pas malade, je me dirais pas je vais aller voir un médecin pour voir si tout va bien. », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

« Chez le médecin ? Bah je sais pas deux fois par an, mais faut vraiment que j'ai un truc de fou. », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale)

« Bah l'ophtalmo je devais prendre un rendez-vous (...) et le dentiste je sais pas... J'ai pas trop envie de me faire charcuter. Non j'ai pas envie, ça me gave. », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale)

Des renoncements aux soins subis :

A l'inverse d'un non-recours aux soins volontaire, certaines personnes sont confrontées à l'obligation financière et matérielle de renoncer à se soigner. Ce type de situations concerne notamment des individus comme Justine ou Bastien dont l'obtention d'une couverture maladie est en cours. Ces derniers s'inscrivent donc dans un renoncement subi, et évoquent l'obligation de se restreindre en termes de soins jusqu'à ce qu'ils disposent de la CMU, qui leur permettra le remboursement de leurs consultations médicales. Bien que Bastien, vivant à la rue, réside dans une grande ville où il a la possibilité, selon lui, de se rendre dans des associations qui procurent des soins et distribuent des médicaments à titre gratuit, il explique néanmoins ne pas avoir encore été en mesure de refaire ses dents, bien qu'il en éprouve le besoin. Il rencontre des difficultés à se rendre à la CPAM à cause des affaires encombrantes qu'il a toujours sur lui. Justine, quant à elle, originaire d'Afrique, a eu l'occasion de se rendre chez le médecin une première fois gratuitement lorsqu'elle est arrivée au CHRS dans lequel elle loge actuellement, en décembre 2016, puis une seconde fois en réglant elle-même la consultation. Néanmoins, elle s'est fortement limitée depuis et espère accéder rapidement à une couverture maladie afin de prendre soin de ses dents et de sa vue. Elle se heurte cependant à des obstacles dans l'accès à la CMU, n'étant pas en possession de certains papiers indispensables. Pour ces deux personnes, le renoncement aux soins est subi et vécu comme une difficulté : « Il y a des documents qu'on ne peut pas avoir, ce sont deux

administrations différentes. Comment les avoir ? C'est ça le problème », (Justine, 52 ans, CHRS zone urbaine).

C. Divers contournements pour pallier le non-recours

Comme nous avons pu le voir précédemment, il s'est avéré que même si la majorité des personnes rencontrées bénéficient de la CMU et déclarent en être satisfaites, contrairement à certaines idées reçues, le recours aux soins ne va pas de soi.

En effet, ces personnes, qu'elles soient sujettes ou non à des problèmes de santé, tentent de s'en sortir sans avoir recours aux professionnels. Nous avons observé que les personnes rencontrées avaient tendance à minimiser la gravité de leur état de santé et à attendre que ça passe ou à faire en sorte de ne pas tomber malade pour ne pas avoir à consulter. C'est ce qu'explique Caroline Desprès dans un article, elle dit que la notion de renoncement aux soins fait avant tout référence aux difficultés d'une partie de la population à prendre en charge le coût des soins. On a longtemps considéré que les principaux déterminants du recours aux services de soins étaient : « le coût des soins et la perception subjective de la gravité de la maladie »⁸². Or, des études montrent que même dans une situation de gratuité des soins, grâce à la CMU-C par exemple, « les personnes les plus démunies sous-utilisent les services »⁸³.

C'est par exemple le cas de Simon, une personne rencontrée dans la rue d'une commune des Flandres qui nous a expliqué que puisqu'elle est sous traitement de substitution aux opiacés, elle se rend chez son médecin une fois par mois afin de renouveler son traitement, qui lui est délivré en pharmacie mais qu'à part cela, elle se rend rarement chez le médecin pour autre chose. Simon explique qu'il faut vraiment qu'il soit très malade pour aller voir un médecin. Il est donc dans une forme de recours aux soins en situation d'urgence.

Le recours à l'urgence est un phénomène important dans le cadre de notre enquête car il est, pour ne pas dire prédominant, fortement banalisé et intériorisé chez ces personnes en situation de grande précarité. Un membre d'une instance de discussion pour personnes accompagnées d'une commune des Flandres a pu témoigner sur le recours aux soins des usagers en cas d'extrême urgence et nous a expliqué, outre le fait que les usagers évitaient de consulter, qu'ils préféraient attendre et aller aux urgences quand la douleur n'était plus supportable : « Et après vraiment quand ils ont mal ils vont aux urgences, c'est pour ça que les urgences ils sont un peu encombrés. Ils vont aux urgences ...vraiment si ça va pas ils vont aux urgences ! Et même en CHRS ils appellent les urgences (rires) », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées).

82 DESPRES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », op. cit., p. 1.

83 DESPRES Caroline, Ibid., p. 1.

Gaëtan, usager d'un CHRS nous a expliqué également consulter en cas d'extrême urgence. Par exemple lors de l'entretien il avait un bandage à la main parce que suite à un accident et une première intervention médicale sur sa main, les broches installées précédemment ressortaient de sa peau et ont donc causé l'ouverture de sa plaie qui avait été soignée : « Chez le médecin ? Bah je sais pas deux fois mais faut vraiment que j'ai un truc de fou, là j'avais été le voir parce que ma main il m'avait ouvert, il m'a mis des broches là et en fait moi je savais pas mais la broche elle sortait de ma main en fait (...) », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale).

Nous retrouvons cette pratique chez Corinne, usager de l'aide alimentaire qui n'aime pas aller chez le médecin et qui ne s'y rend qu'en cas d'urgence. Surtout car elle arrive souvent à se soigner toute seule. Elle explique que c'est souvent viral et donc que ça passe. Par contre pour sa fille elle y va, « surtout qu'elle est encore jeune ».

Paul, un usager d'un CHRS explicite également son recours aux soins en cas d'urgence et parle même d'auto-médicalisation lorsqu'il dit gérer sa prise de médicaments, seul, sans avoir besoin de consulter :

« Bah quand je sais quel médicament il faut prendre, je le prends sans dépasser la dose et puis voilà, si je prends un doliprane mille je sais que c'est dans 7-8 heures que je peux en reprendre, donc voilà, et je vais pas changer de médicaments parce que, ça fera pas effet et puis... voilà donc si j'ai un truc je prends un médicament sans aller chez le médecin. Et pourtant je pourrais parce que j'ai La CMU », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale)

Selon Caroline Desprès, « la restriction peut être instaurée comme morale de vie dans certains milieux marqués. (...) Le rapport au corps est alors empreint de ces éléments ; des formes d'auto-soins sont développées pour compenser la restriction des recours aux soins auprès des professionnels, (...). Ces manières de se soigner, en mobilisant les ressources propres du sujet et privilégiant une gestion familiale, en développant des modèles de résistance aux symptômes (d'endurance à la douleur, par exemple), peuvent progressivement être intériorisées, reproduites d'une génération à l'autre. À terme, les individus n'ont plus alors le sentiment de renoncer »⁸⁴. C'est ce que l'on constate chez certaines personnes rencontrées.

Quant à Camille, elle a pour astuce de privilégier une nourriture riche en vitamine pour ne pas tomber malade, on peut parler ici d'alicaments : « Bah si je suis malade j'attends que ça passe (rires), je mange des légumes, des fruits (rires) », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).

Elle explique aussi qu'elle se débrouille de cette manière pour des raisons économiques, d'autant plus qu'elle et son compagnon font partie des quatre personnes qui ont une procédure en cours pour bénéficier de la CMU :

84 DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », op. cit., p. 91.

« Clairement, j'évite d'être malade (rires). Parce que je m'en vais au médecin c'est 26€. Parfois je dis à mon copain, comme il s'est cassé la main, il a été aux urgences. Mais aux urgences ils ont donné des cachets pour la douleur, plus des cachets pour ça, plus des cachets pour ça, plus des bandages, les sparadraps, j'en ai eu pour 28€, presque 30€ rien qu'à la pharmacie. (...) Bah là je lui ai dit, c'est parce que tu t'es cassé la main mais sinon euh ... Évite de tomber malade ou ... de me faire des phases bizarres quoi parce que ... Même moi des fois je suis malade, j'ai mal au ventre avec mes règles, j'ai mal au dos. C'est tout j'attends que ça passe », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Nous pouvons aussi ajouter le phénomène de priorisation et de hiérarchisation des besoins. En effet, nous avons pu observer que les personnes rencontrées agissaient en terme de priorisation des besoins. Par exemple, pour certaines personnes, la santé passe au second plan d'autant plus que comme nous l'avons évoqué plus haut, les personnes que nous avons rencontrées s'estiment pour la majorité en bonne santé. C'est-à-dire qu'elles attendent d'avoir une situation plus ou moins stable et plus particulièrement, elles attendent d'avoir un logement, un travail et de pouvoir s'alimenter. Ainsi, lorsqu'elles souffrent de plusieurs pathologies elles priorisent les plus gênantes au quotidien.

Élodie Jouve et Pascal Pichon dans leur œuvre, expriment l'idée de hiérarchisation des douleurs et disent que les douleurs qui empêchent les gestes quotidiens de survie font l'objet d'une plus grande attention de la part des sans-abris. Par exemple dans les centres de soins gratuits, les demandes les plus fréquentes concernent les pieds et les dents. Les abcès, les maladies de peau, les maladies parasitaires, ou encore les maladies sexuellement transmissibles sont bien souvent mis en attente.

« Nos observations montrent combien le non-accès aux soins, notamment les plus onéreux comme l'ophtalmie ou les réparations dentaires, ainsi que le suivi médical des pathologies chroniques, est une conséquence directe des conditions de survie. »⁸⁵

Gaëtan explique, en évoquant la période où il vivait dans la rue, que la santé n'était pas sa priorité : *« Ouais c'était le dernier truc à quoi je pensais, il fallait que je mange, que je trouve des clopes, après vraiment si il y avait un truc de fou là j'y allais mais non j'avais rien de spécial », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale).*

Magdala, usager d'un CHRS affirme qu'elle et son mari accordent beaucoup plus d'importance pour la santé de leur fille que pour leur propre santé. C'est la stabilisation à travers le logement qui leur a permis de s'intéresser à nouveau à ce type de questions. Tout comme Jacques, qui explique que le logement est son plus gros souci et que sa santé ne lui pose pas de problème : *« La santé ça va, ce n'est pas le plus difficile. L'histoire qui coûte le plus cher c'est la question du logement. », (Jacques, 65 ans, CHRS zone urbaine).*

85 JOUVE Élodie, PICHON Pascale, « Le chez-soi, le soi, le soin, L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire », Les annales de la recherche urbaine, 2015, n°. 110, Ville et vulnérabilités, p. 53.

Justine rencontrée en CHRS affirme que les maux de tête, de dents, de vue, et de ventre pour le moment ce n'est pas prioritaire : « *Pour ce qui est vitale, si je sens que sans cela je ne peux pas, je priorise moi-même.* », (Justine, 52 ans, CHRS zone urbaine).

En ce qui concerne ses principaux besoins, elle déclare que la survie passe avant le reste et qu'après elle pourra vivre et avoir d'autres besoins : « *Il faut survivre, tout ce qui est lié à la survie. Commencer par exister avant d'exiger des demandes là et là* », (Justine, 52 ans, CHRS zone urbaine). Elle dit que ses besoins sont les besoins fondamentaux, les soins, pouvoir manger, boire, dormir. Mais à l'inverse de beaucoup d'autres personnes, elle précise que le besoin qui lui paraît le plus important est la santé : « *Surtout pour un certain âge y'a des jours vous dormez bien et le lendemain vous vous réveillez avec un bobo.* », (Justine, 52 ans, CHRS zone urbaine). Elle dit que certains priorisent les aides financières mais que pour elle la priorité c'est la santé et les besoins fondamentaux avant les moyens financiers.

Ce que nous exposent tous ces témoignages c'est que le renoncement aux soins n'est pas uniforme et que plusieurs facteurs entrent en jeu dans le choix de recourir ou non aux soins et d'exploiter ou non ses droits. Nous avons vu qu'une couverture maladie qui couvre ses bénéficiaires à 100% ne suffit pas pour pallier le non-recours. En effet, les personnes rencontrées semblent réagir à la douleur et à la maladie de manière différente que les personnes ne vivant pas dans une situation précaire. On constate que leurs conditions de vie ont impacté leur rapport au corps et leurs priorités. C'est pourquoi elles usent de contournements pour pallier le coût des soins, elles hiérarchisent leurs besoins et procèdent par élimination, une fois que leur plus gros souci n'en n'est plus un, elles se concentrent sur le suivant. En outre, nous avons pu observer que le contournement et la priorisation sont des comportements qui pour certaines personnes, proviennent d'habitus et de morale de vie intériorisés depuis l'enfance.

Ainsi, nos enquêtés ont pour une majorité d'entre eux des problèmes de santé relevant de pathologies physiques, psychologiques ou encore addictives. Pour ces personnes, plus les conditions de vie sont complexes et moins la santé semble avoir de l'importance. Une phase de stabilisation à travers le logement est un élément nécessaire favorisant le recours aux soins. Enfin, si les personnes accompagnées s'inscrivent dans des formes de renoncement aux soins qui peuvent être volontaires ou subis, elles mettent néanmoins en place diverses tentatives de contournement pour pallier ce non-recours.

Pour poursuivre cette analyse et comprendre plus amplement les causes du renoncement aux soins il est primordial de se pencher sur les parcours des personnes qui, bien qu'hétérogènes, nous permettent tout de même de mieux appréhender le non-recours aux soins.

III. Présentation de portraits représentatifs

Si l'on s'intéresse aux études sur la santé des sans abris, comme celle produite en 2010 par Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin « La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », il est possible de mettre en évidence une persistance des difficultés sociales et du non-recours aux soins concernant certains types de publics et de situations. En effet, les différents parcours mis en évidence à l'époque semblent avoir peu évolués aujourd'hui. Les « jeunes en errance à la sortie du dispositif de l'aide sociale à l'enfance », « les immigrés sans chez soi » ou encore les « personnes vieillissantes à la rue »⁸⁶, représentent des situations ancrées dont nous avons aussi pu observer la présence.

Des parcours chaotiques à la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance

L'étude menée par Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin montre qu'une part importante des personnes quittant à leur majorité l'aide sociale à l'enfance (ASE) est susceptible de vivre à la rue. Dans la mesure où la prise en charge institutionnelle s'arrête de manière nette, en cessant tout type d'accompagnement à l'âge de 18 ans, il n'est pas rare pour ces jeunes d'être confrontés au sans logement. Sans soutien familial, il est donc important de questionner « les processus qui amènent ces jeunes anciennement placés à se reconstruire, à s'insérer et à devenir autonome »⁸⁷. Lors de nos entretiens, nous avons effectivement rencontré plusieurs hommes ayant été placés à l'ASE pendant plusieurs années. Si la majorité a connu des difficultés de logement de nombreuses années après sa sortie du dispositif, ce n'est pas le cas de Kémis, qui, à sa majorité, sans emploi, ni relation familiale, a connu une période de rue. Depuis les années 2000, les jeunes anciennement placés vont d'ailleurs être sur-représentés (23%) auprès des sans-domicile⁸⁸.

Les personnes immigrées sans logement stable

Si l'enquête sur les sans domicile, menée par l'INSEE en 2011, montre qu'environ 1/3 des sans domicile est étranger, il est aussi intéressant de constater qu'en région parisienne, une partie non négligeable des femmes et familles fréquentant les dispositifs d'hébergements d'urgence est étrangère. Il peut s'agir soit de demandeurs d'asile, soit de personnes en situation irrégulière mais dont les enfants sont, par exemple, nés ou scolarisés en France⁸⁹. Les 6 personnes immigrées que nous avons rencontrées, notamment au sein du CHRS en zone urbaine, vivent généralement seules ou en couple avec des enfants. Certains sont en situation irrégulière, d'autres demandeurs d'asile ou en cours de régularisation. A l'instar de Magdala, ils ont parfois vécu à la rue, seuls ou en famille. La question de l'hébergement est centrale dans leurs parcours, puisqu'aucun d'entre eux

86 GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi, La Documentation française, 2010, pp. 31-38.

87 GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, Ibid., p. 32.

88 Enquête INSEE sur les sans domicile de 2001, citée dans GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, Ibid., p. 32.

89 GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, Ibid., p. 35.

n'a eu accès à un logement stable et personnel depuis leur arrivée en France. L'accès à l'emploi, quant à lui, est rendu difficile par leur situation vis-à-vis de leur présence sur le territoire.

Ruptures familiales et perte de logement des personnes de plus de 50 ans

Pour ces individus, il s'agit d'une situation nouvelle, qui apparaît généralement suite à une rupture familiale ou sociale. Le passage à la rue peut-être le résultat d'un parcours personnel ayant comme conséquence « une fragilité physiologique, un resserrement du réseau relationnel et du périmètre des activités, une moindre adaptabilité au changement ».⁹⁰ Les personnes que nous avons rencontrées, âgées de plus de 50 ans ont été pour l'ensemble confrontées à une perte d'emploi et de logement relativement tardive au cours de leur vie et n'ont pas toujours été considérées comme personne précaire. Certains d'entre eux ont connu des ruptures familiales nettes ou partielles, ou encore des périodes de forte consommation d'alcool. C'est le cas d'Antoine, Janot et Paul qui ont tous les trois été amenés à quitter leur logement, d'une part pour des raisons financières, et d'autre part afin d'être pris en charge médicalement dans le cadre de leur consommation d'alcool.

Les travailleurs pauvres et les pré-retraités : Impact sur le recours aux soins

La perte de logement n'est pas une généralité chez les personnes précaires. Une part non négligeable des individus avec lesquels nous nous sommes entretenues résident dans un logement stable et fréquentent l'association d'aide alimentaire du Hainaut. Leur situation est relativement hétérogène puisqu'il peut s'agir de travailleurs pauvres, d'individus en pré-retraite, ou encore des personnes ayant perdu leur emploi à la suite d'une maladie. C'est notamment le cas de Marie, souffrant d'une maladie chronique qui l'a contrainte à cesser son activité professionnelle.

Dans la mesure où ces diverses expériences peuvent avoir des conséquences sur l'état de santé des individus, mais aussi sur leur recours aux soins, nous nous sommes saisies de ces thématiques afin de mettre en évidence quatre portraits. Les singularités des parcours de ces enquêtés permettront de montrer la diversité des freins et des besoins en termes d'accès aux soins pour les personnes en situation de grande précarité. Afin d'élaborer ces portraits, nous nous sommes inspirées du rapport de recherche « Non-recours à l'offre d'enseignement et de formation des jeunes de 15-24 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles », présenté par Catherine Chauveaud, Benjamin Vial et Philippe Warin, en 2016 dans le cadre de l'observatoire des non-recours aux droits et services⁹¹.

90 GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, Ibid., p. 37.

91 CHAUVEAUD Catherine, VIAL Benjamin, WARIN Philippe (ODENORE), « Non-recours à l'offre d'enseignement et de formation des jeunes de 15-24 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles » (NOREF), Rapport de recherche, 19 avril 2016, pp. 17-22.

Portrait de Kémis, 24 ans. Il vit seul en CHRS depuis deux ans et demi.

D'une rupture familiale au CHRS

Kémis a 24 ans et a été placé dès l'âge de 9 ans en famille d'accueil et n'a pas eu de contact avec sa famille d'origine depuis. Il déclare que sa « tata » en famille d'accueil était comme une mère pour lui mais que malheureusement, il n'a pas pu rester.

Il a dû vivre dans l'instabilité pendant des années à partir du moment où il a perdu son emploi au foyer jeune travailleur.

C'est suite à une période où il a dû vivre à la rue qu'il a fait appel au 115 qui l'a mené au CHRS dans lequel il habite un studio tranquille où il se plaît bien. Il vit également sous tutelle qui s'occupe des tâches administratives.

Kémis semble être satisfait de l'équipe des travailleurs sociaux qui le suivent, il dit qu'il y a une relation de confiance. En ce qui concerne l'association qui gère sa tutelle, il dit qu'elle s'occupe de tout et qu'elle le sollicite pour signer quelques autorisations. Elle gère également les versements de loyer du studio qu'il occupe.

Kémis a un ami qui vit dans le même CHRS que lui avec lequel il partage des moments de complicité.

« Ouais j'étais en famille d'accueil jusqu'à l'âge de mes 15 ans, 16 ans, après bah ma tata elle a eu des problèmes médicaux donc elle a arrêté de prendre des personnes en charge, je suis atterri dans d'autres foyers ».

« Au foyer S euh je suis resté jusqu'à l'âge de 18 ans, de là je suis atterri à crève-cœur donc j'ai fait l'école et l'internat, après de là j'ai trouvé un boulot, j'ai travaillé dès le début dans du bois, j'ai travaillé dans à écho palette à P, donc j'avais un petit logement sur C, c'est un foyer jeune travailleur ».

« Bah après je suis parti à Emmaüs (...) je travaillais là-bas, je gagnais mon argent comme tout travailleur qui travaille là-bas mais après de là je suis atterri, je suis parti habiter avec des amis mais c'est pas des amis, ils ont profité de moi donc j'ai atterri ailleurs et en fait là-bas comme j'étais à la rue j'ai quitté chez eux, ils m'ont mis ici directement ».

« On fait comme tout le monde, je pense que celui qui va vivre dehors, les gens qui vivent dehors je pense qu'ils veulent pour manger, moi c'est ce que je faisais, j'allais dans un magasin je carottais des choses pour manger, pour boire, mon hygiène tout ça après... ».

« Ouais si j'ai un problème je peux parler à L., à J. ou avec d'autres éducateurs moi je m'entends bien avec tout le monde, parce que moi quand ils ont besoin de moi comme des petits services ils me le demandent moi je leur dis jamais non, parce qu'ils m'ont toujours aidé et moi je les aiderai toujours ».

« Non même verser l'argent ici, c'est pas moi qui le fait c'est ma tutelle, y'a pas de problème sur ça, ça va ».

« On s'entend bien (...) on se fait des choses, de temps en temps on commande un truc à manger, le soir on se fait une soirée ensemble, ça ça arrive, le matin (...) il va chez moi, il boit un café, il fume une cigarette ».

Une carrière professionnelle en suspens et une situation économique précaire

Il a passé un CAP cuisine en contrat d'apprentissage mais a rencontré des difficultés avec son patron et a dû arrêter. Il n'a donc pas pu obtenir son diplôme.

Aujourd'hui, il ne travaille pas, il n'a que 24 ans et par conséquent, n'a pas encore l'âge de bénéficier du Revenu de Solidarité Active (RSA). Il a également lancé une procédure pour prétendre à l'Allocation Adulte Handicapé

« Euh moi rien bah j'ai travaillé pendant un moment mais là j'ai du arrêter à cause des problèmes que j'ai eu au taf ».

« Ouais bah c'est ça que je veux faire moi plus tard travailler dans la cuisine mais ça c'est depuis l'âge de neuf ans que je veux faire ça en fait ».

« Bah j'étais en contrat de formation et je passais un CAP cuisine et j'ai du arrêter parce que j'ai eu des, un patron où il me respectait pas, il me faisait faire tous les petits boulots, euh prospectus, lavage, moi c'était pas ça mon truc, c'était vraiment travailler dans la cuisine et euh après j'ai travaillé dans la cuisine, je lui en ai parlé je lui ai dit que si il continuait à faire ça j'arrêterai net, donc il m'a fait travailler dans la cuisine avec un autre cuistot et de là bah ça s'est mal passé avec lui parce qu'il commençait à me manquer de respect, à me frapper dessus, donc j'en ai parlé à mon patron, effectivement mon patron a dit que si je l'avais cherché bah je l'avais trouvé ».

« Peut-être le huit septembre je toucherai le RSA mais pas avant je crois et là, bah là actuellement j'ai fait un dossier AAH et pour l'instant j'ai pas de réponse donc on verra ».

Une santé fragilisée dès son jeune âge

Kémis est hyperactif depuis son jeune âge et a fait plusieurs crises d'épilepsie. Ce n'est qu'à l'âge de 17 ans qu'il a été reconnu hyperactif.

Outre ces soucis de santé, Kémis a également fait de la dépression pendant un mois suite aux problèmes qu'il a rencontré lors de son contrat d'apprentissage et il explique que cela l'a beaucoup affecté moralement.

Il déclare également qu'il prend un traitement pour calmer ses nerfs ce qui ne l'empêche en aucun cas de s'estimer en bonne santé ».

« J'étais depuis l'âge de neuf ans en fait, depuis que je suis né je suis hyperactif je suis toujours en train d'essayer de bouger ».

« Non jamais, c'est plus tard, quand j'étais petit on avait pas vu, on avait pas décrété que j'étais hyperactif donc ils avaient pas vu directement mais à l'âge de dix-sept ans c'est là où ils ont vu ».

« Non j'étais souvent à l'hôpital par rapport à mes crises d'épilepsie (...) j'en faisais pas mal mais la dernière que j'ai fait, j'étais bleu comme un schtroumpf donc euh je pense que c'est la dernière qui m'a, que j'ai eu ».

« Non j'ai pas de problème de santé mais après je prends des traitements c'est pour mes nerfs c'est tout, je suis hyperactif moi donc à peine on va me regarder de travers ça va monter crescendo » « Atarax c'est pour moi dormir parce que en fait comme je suis hyperactif, le sommeil je l'ai pas tout le temps et la moitié du temps je passe des nuits blanches en train de regarder la télé et le Rispertal c'est pour me calmer ».

Le recours aux soins

En termes de couverture maladie, il déclare avoir l'assurance maladie et que sa tutelle, au moment de l'entretien, était en pleine procédure administrative pour qu'il puisse bénéficier de la CMU.

Il ne rencontre pas de problème d'accès aux soins selon lui car tout est pris à 100% avec la CMU et en ce qui concerne les tâches administratives c'est sa tutelle qui s'en charge.

« J'ai donc l'assurance maladie et la CMU derrière que là ma tutelle fait actuellement ».

« Bah là je suis tout remboursé à 100%, les médicaments, l'hôpital il est pris à 100% donc euh c'est cool ».

« Non c'est rare parce que je suis pas tout le temps malade moi, il pourrait neiger, je sais pas quand y'avait plein de neige je me suis mis torse nu comme ça ».

« Dentiste oui j'ai été y'a un moment de ça j'avais une carie il m'a fait un plombage donc euh c'était réglé ».

« Non non après si j'ai pas de problème ou que j'ai pas mal, moi pour moi ça sert à rien d'aller voir un dentiste même si j'ai rien donc euh ».

« Non, ophtalmo j'ai été, j'ai eu une paire de lunettes mais bon c'est souvent le soir pour regarder la télé c'est tout, parce que de loin je peux pas voir en fait ».

Le portrait de Kémis représente la catégorie des personnes les plus jeunes que nous avons rencontré et met en évidence un parcours instable. Une instabilité dû à une rupture familiale suivie d'une succession de passages en foyers d'accueil. Mais aussi dû à un parcours scolaire interrompu, à la suite duquel il n'a pas obtenu de diplôme et se retrouve sans emploi aujourd'hui. Outre cette situation instable, ce portrait met également en exergue une santé fragile et le rôle important des professionnels qui l'encadrent et qui l'aident fortement, notamment en ce qui concerne les tâches administratives.

Portrait de Kéziah, 34 ans. Elle est mère de famille et vit dans un appartement diffus du centre d'hébergement en zone urbaine.

D'Algérie à la France

Kéziah a 34 ans. Elle est mariée et a trois enfants (10 ans, 7 ans et 6 ans). Ses enfants sont scolarisés dans l'école de la commune.

Lorsqu'elle est arrivée en France, elle a d'abord vécu dans divers endroits à Paris pendant six mois. Elle a ensuite quitté la capitale et est arrivée dans une commune des Flandres. Elle a été hébergée dans un foyer pendant deux ans. Elle a ensuite été dirigée dans le centre d'hébergement en zone urbaine par le 115.

Elle ne parle pas à ses voisins. Selon elle, il y a beaucoup de racistes dans sa commune.

Elle bénéficie d'un accompagnement de la part des travailleurs sociaux du CHRS en zone urbaine. Lorsqu'elle a intégré son appartement, un travailleur social venait tous les jours chez elle. Aujourd'hui, elle a un ou deux rendez-vous par semaine avec lui. Elle apprécie la compagnie de ce travailleur social et lui fait confiance. Elle vient au CHRS pour assister à des cours de français chaque lundi. Kéziah a la volonté de s'émanciper de l'accompagnement social et d'obtenir son propre logement. Elle réalise donc un budget chaque mois afin d'économiser pour ce nouvel appartement.

Kéziah n'a pas de famille en France. Elle n'a pas de contact avec sa famille restée en Algérie. Son mari a de la famille dans la région des Hauts de France.

Elle et son mari font partie de différentes associations dans lesquelles ils participent de manière bénévole.

Une carrière professionnelle en suspens et une situation économique précaire

En Algérie, Kéziah a obtenu un diplôme de coiffeuse. Toutefois, elle ne peut pas réaliser les tâches induites par cette profession car elle souffre d'un problème au bras. Elle ne peut pas réaliser les tâches de la vie quotidienne.

Son mari a obtenu un diplôme de chauffeur de taxi mais ne trouve pas d'emploi en France.

« Mais je coupe les cheveux de mes enfants, je fais ma couleur, c'est l'essentiel » (rires).

Une santé fragilisée par une douleur au bras

Depuis six ans, Kéziah a un problème au bras. Les douleurs et le gonflement impactent sur sa vie quotidienne. Elle est suivie par un spécialiste à l'hôpital mais aucune explication n'a été trouvée.

Cette douleur impacte son bien être : il l'empêche de dormir et impacte sa santé mentale. Elle se pose la question de son avenir et se demande comment va évoluer cette situation.

« Le médecin a dit : il faut que tu vives comme ça ». Mais avec la douleur, je peux pas vivre ».

Recours aux soins

Elle ne prend les rendez-vous seule que depuis peu. Avant, elle était accompagnée dans la prise de rendez-vous car ne parlait pas français de manière assez fluide pour se faire comprendre.

Pour son bras, Kéziah est d'abord passé par son médecin traitant qui l'a orienté vers un spécialiste. Elle est également suivie par un kinésithérapeute qui semble la soulager. Elle ne prend plus les médicaments que lui donne le médecin pour son bras, estimant qu'ils ne font pas effet.

Elle ne consulte pas son médecin systématiquement en cas de maladie. Son mari ne consulte pas le médecin. Toutefois, elle recourt à différents spécialistes pour elle et ses enfants : ophtalmologue, dentiste.

« Mon mari il dit "Le médecin c'est pas mon truc" »

Lorsqu'elle est arrivée en France, Kéziah était enceinte. Elle a été orientée dans ses démarches par les parents de son mari. Ces derniers avaient regardé sur Internet afin de les orienter au mieux. Son mari remplit les papiers pour elle car il parle mieux français.

Son mari ainsi que ses enfants bénéficient de la CMU. Elle a l'Aide médicale d'Etat. Elle avait la CMU avant mais doit aujourd'hui fournir une carte d'identité pour en bénéficier. N'ayant qu'un récépissé, elle a réalisé les démarches pour obtenir l'AME, qu'elle a obtenu.

Le portrait de Kéziah met en exergue une des problématiques les plus importantes dans l'accès aux droits de santé des personnes issues de l'immigration : la barrière de la langue. Ainsi, l'accompagnement se réalise dans toutes les étapes de démarches afin que la personne puisse bénéficier rapidement de ses droits. Cette difficulté s'ajoute à la peur de la stigmatisation que ressentent certaines personnes que nous avons rencontré. Là encore, l'accompagnement, à minima au premier rendez-vous, chez un professionnel de santé ou dans les administrations est important. Enfin, ce portrait montre la difficulté pour une personne immigrée de réunir l'ensemble des papiers, notamment les papiers d'identité, les récépissés, afin d'accéder à leurs droits de santé. Cette difficulté instaure dans cette famille une inégalité dans l'obtention des droits, le père et les enfants ayant pu accéder à la CMU.

Portrait de Paul, 51 ans. Il vit depuis plusieurs mois au sein d'un centre d'hébergement spécialisé pour des personnes ayant la volonté de rompre avec l'alcool.

Éloignement familial et prise en charge par l'aide sociale à l'enfance

Paul est placé à l'ASE à l'âge de 13 ans, parce que ses parents considèrent qu'il est trop distrait dans le cadre de son cursus scolaire. Alors que ses frères et sœurs restent chez lui, il vit difficilement cette période et la différence de traitement qu'il a reçu par rapport à ses frères et sœurs, qui ont toujours vécu et ont toujours pu compter sur leurs parents.

A l'âge de 18 ans, il rentre chez lui mais décohabite rapidement, ses parents ne souhaitant pas qu'il reste chez lui.

A cette période, son recours aux soins étant régulier dans le cadre de son suivi par l'ASE. Il explique aussi qu'à cette époque, son père était « alcoolique. »

« Soit disant tête en l'air à l'école. Mes frères et sœurs ils sont restés là. »

« Je l'ai vécu avec des différences. Quand je suis arrivé à la majorité, bah j'allais pas chercher du boulot parce que j'avais des chaussures craquées »

« Deux trois jours avant Noël ils m'ont mis dehors. Donc j'ai été chez ma marraine, chez ma cousine, et puis j'ai connu Clara...»

Construction d'un mariage et d'une famille

A la suite d'un échec amoureux avec un homme, il se marie avec Clara. Ils restent ensemble pendant 25 ans et ont trois enfants. Alors qu'il est homosexuel, il a tout de même désiré vivre en couple avec une femme, afin de vivre une vie qu'il considère comme « normale ».

A cette époque, sa consolation d'alcool se développe et devient régulière. Elle reste néanmoins contenue et n'a pas d'impact particulier sur sa vie.

Dans le cadre de sa vie de famille, il veille à ce que sa femme et ses enfants aient un recours aux soins régulier, mais commence déjà à renoncement à certains soins en ce qui le concerne.

« Je me suis mis avec Clara et j'aurai jamais pensé qu'elle m'accepterait pendant tout ce temps. Et j'ai eu trois filles avec elle, j'ai élevé ses deux garçons, voilà »

« Je me suis marié pour être comme tout le monde, avoir une famille, des enfants. »

« J'avais connu quelqu'un et je voulais faire ma vie avec lui, mais c'était pas possible, ses parents étaient pas au courant, et puis à cette époque-là c'était encore tabou. C'était compliqué. Et puis cette femme je l'ai rencontrée et voilà. »

« J'ai pensé à mes enfants et ma femme quoi. Mais c'était toujours pour les autres jamais pour moi. Même encore maintenant. Mais là je sais que je vais me faire soigner »

Période d'emprisonnement et d'arrêt de la consommation d'alcool

Il va être incarcéré pendant 10 mois suite à des dégradations sur la voie publique lorsqu'il était sous l'emprise de l'alcool.

Durant cette période, l'arrêt de la consommation d'alcool est contraint par l'environnement carcéral. Il va donc recourir aux alcooliques anonymes durant toute la durée de son incarcération.

Lorsqu'il sort de prison, il parvient donc à retrouver un emploi stable et une vie de famille pendant quelques années.

« J'ai fait 10 mois de préventive et 8 de sursis, voilà j'ai payé ma dette à la société maintenant je suis tranquille, et c'est une histoire que je veux plus entendre parce que j'ai fait mon bout de chemin, j'ai pas recommencé mes bêtises. C'est par rapport à la détention que j'avais arrêté de boire, j'avais fait les AA à la détention, et quand j'ai appris qu'il fallait pas accepter le premier verre pour pas prendre le deuxième bah j'ai adopté cette technique là, ça a marché pendant pas mal d'années. »

Séparation, dépression et perte d'emploi

Il y a une dizaine d'années, sa femme le quitte et il prend alors en charge l'éducation de ses enfants. Cette période a été très compliquée pour lui et cette séparation l'a beaucoup marqué. Tout cela va déclencher une dépression nerveuse.

La dépression dont il souffre à cette période va favoriser la perte de son emploi en 2009 et n'en a pas retrouvé depuis. A cette période, il s'est rendu une seule fois chez le médecin, mais il n'a pas particulièrement accordé d'importance à un potentiel suivi ou accompagnement.

Il déménage ensuite dans une autre commune, adopte à nouveau une consommation d'alcool régulière et effectue de nombreuses sorties avec ses voisins et ses amis.

« J'ai toujours eu mes enfants, c'est moi qui ai élevé mes filles tout seul. J'ai vécu tout seul l'adolescence de mes filles, très compliqué, mais elles s'en sont sorties, c'est déjà le principal. Et puis ma dernière elle a eu le bac donc ça l'a pas traumatisée. »

« Mon emploi je l'ai perdu en 2009. A cause d'une dépression nerveuse (...) liée à ma femme. J'étais tombé à 7 de tension. »

« J'ai déménagé, je suis arrivé sur X, et puis je suis sorti en discothèque, et puis je buvais du coca, et quand j'ai vu que le coca était plus cher que le mousseux, je me suis dit, allez, c'est reparti. Et puis je pensais pas qu'il y aurait des conséquences. »

« J'ai été chez le médecin une seule fois, parce que j'étais trop faible, et puis je sentais que ça allait pas, c'est là que j'ai été le voir et où il a déclaré ma dépression, et puis j'ai laissé couler et puis au fil du temps, c'est des copains qui m'ont sorti de là. »

Rupture familiale avec sa fille cadette, alcoolisation et perte de logement

18 ans, sa fille quitte le domicile familial, et sa consommation d'alcool augmente. Il va par la suite être amené à quitter son logement, par solitude et ennui. Il part donc habiter chez sa première fille pendant 14 mois.

Au bout d'un certain temps, il ressent un sentiment d'envahissement et décide de trouver un nouvel hébergement.

C'est suite à cette période qu'il décide de contacter un CSAPA, puis le 115 afin d'être hébergé dans un lieu adapté. Il rencontre ensuite un problème de pancréas, en lien avec sa consommation d'alcool.

« Il y a deux ans ma fille a eu 18 ans et elle m'a dit, bah papa je viens plus à la maison, et puis voilà quoi, tu te débrouilles. Et puis j'ai sombré là dedans quoi, et j'ai tout perdu. »

« Pas dans l'alcool faible, l'alcool fort. C'est pour ça que j'ai des problèmes de pancréas maintenant. »

« Je suis parti chez ma fille pendant 14 mois, et après j'ai dit à ma fille stop je peux plus, ça devenait trop envahissant (...). Et de là j'ai été voir le CSAPA, on a contacté le 115, et je suis venu ici. Parce que j'étais considéré presque comme SDF. »

Présent et à venir : Prise en charge de la consommation d'alcool suite à un problème de foie

Depuis quelques temps, Paul a connu plusieurs hospitalisations consécutives suite à des douleurs pancréatiques nécessitant de procéder à une opération du pancréas à la fin du mois.

Ici, la volonté d'être suivi par un CSAPA et hébergé dans un centre spécialisé pour les personnes souhaitant rompre avec l'alcool a été favorisé par la crainte d'être gravement malade. L'arrêt de sa consommation d'alcool a été déclenché par ses problèmes de santé.

Aujourd'hui, il espère ne pas recommencer à boire après son opération et souhaite renouer avec les soins.

« A cause de mon hospitalisation ... le flash back qui a fait que j'arrête. »

« Ca m'a fait peur je pense, et puis c'était le moment d'arrêter, parce que après si on m'avait décelé un cancer du pancréas, 3 mois à vivre, c'est pas énorme... et puis j'ai d'autres choses à voir, il me semble. »

« Je sais pas si je vais me sentir plus fort après l'opération, est ce qu'il y aura un signal où le médecin me dira, si vous buvez bah tant pis pour vous ... ou sinon vous pouvez reprendre une vie normale, donc qui dit vie normale dit retomber. Mais non je pense pas, je pense être assez fort. »

Le portrait de Paul permet de mettre en évidence l'impact que peuvent avoir les ruptures familiales sur la santé et le recours aux soins des individus. Si lors de son passage à l'ASE et par la suite au cours de sa jeunesse, il avait l'habitude de prendre soin de sa santé, cela n'a pas été le cas après les divers fragilités familiales dont il a fait l'objet. En effet, lorsque sa femme quitte le domicile familiale, Paul tombe en dépression et ne se fait soigner que partiellement. Ensuite, si la consommation d'alcool a toujours été présente dans sa vie (son père était lui aussi un consommateur), elle s'est largement accrue lorsque sa fille cadette a quitté le domicile familial. Durant cette période, la complexité de sa situation a poussé Paul à renoncer à certains soins. Dans son cas, le non-recours, relevant notamment d'un suivi addictologique et du traitement de sa dépression est volontaire. Il a montré pendant plusieurs années un désintérêt envers sa santé. Il évoque par exemple ne pas avoir eu conscience qu'une forte consommation d'alcool pourrait avoir des conséquences physiques. Aujourd'hui atteint d'une maladie pancréatique, il doit être opéré à la fin du mois.

Dans ce portrait, ce sont donc les ruptures familiales qui ont favorisé le non-recours aux soins, avec comme conséquence immédiate des problèmes de santé ayant un impact sur sa vie quotidienne.

Portrait de Marie, 60 ans. Elle se rend à l'association d'aide alimentaire depuis trois ans et a la CMU pour la première fois depuis un an maintenant.

Une carrière dans l'emploi

Marie est native de la région. Elle précise ne pas avoir de diplôme.

Elle a cumulé des emplois durant quarante deux années dans divers domaines. Elle explique avoir donc toujours travaillé.

Suite à une séparation il y a huit ans, elle trouve un nouvel emploi dans la restauration, ce qui l'amène à venir s'installer dans la commune dans laquelle elle vit toujours aujourd'hui.

« J'ai travaillé dans le textile pendant vingt ans. Vingt ans dans le textile. Après j'ai gardé.. J'ai travaillé chez des particuliers : ménage, garde d'enfants. Après j'ai travaillé dans une société de puériculture : faire les articles pour bébé. Après qu'est ce que j'ai fait ? Après j'ai travaillé en maison de retraite aussi. J'ai fait plusieurs ... Et après j'ai travaillé au C. (restaurant). J'ai travaillé un peu chez les gens, chez les particuliers : aide au quotidien, vous savez. Pour faire le ménage, les courses. Voilà. C'est un peu... (rires). Un peu de tout quoi »

La restauration : un emploi fatal pour sa santé

Son travail au restaurant la fatigue et finit par lui provoquer une périarthrite au bras.

Elle a d'abord un arrêt longue maladie, puis une inspectrice du travail est venue étudier la situation et voir si une solution pouvait être envisagée.

Un an plus tard, son patron ne lui trouvant pas de poste adapté à son handicap, elle n'a pas d'autre choix que d'arrêter.

« C'est porter du lourd. Après si vous êtes à la plonge c'est tout le temps des mouvements répétitifs, porter des grosses piles d'assiettes. (...) C'est beaucoup de boulot. La plonge. Après vous avez des marmites. Elles sont énormes, c'est lourd. (...) je me suis retrouvée toute seule, alors à partir de ce moment-là, j'étais crevée, crevée. Et voilà, tout ça, ça m'est arrivé »

Des problèmes de santé qui impactent ses conditions de vie

Sa santé a des conséquences sur sa vie au quotidien. Elle a néanmoins effectué toutes les démarches nécessaires en vue d'une amélioration.

Elle ne retrouve pas d'emploi et connaît une période de chômage.

« Je pouvais même plus conduire. Et puis alors après vous êtes comme ça chez vous, c'est long quoi. Je pouvais rien faire. (...) Quand ça me reprenait, je restais tout le temps dans l'appartement ».

« J'ai jamais rien retrouvé et voilà avec le handicap que j'ai, c'était quand même assez compliqué. Parce que bon quand on a pas de diplôme rien du tout, c'est toujours des boulots euh...»

Le chômage : une réduction brutale des ressources financières

Elle découvre alors la CMU ainsi qu'une association d'aide alimentaire qui lui est conseillée par sa voisine. Marie ne vit pas très bien ces nouvelles habitudes.

Ses ressources sont faibles, elle doit attendre un an pour que le calcul des aides possibles soit fait selon sa nouvelle situation.

En attendant, elle fait attention à ses dépenses et ne s'octroie plus beaucoup de loisirs ni plaisirs.

« Non je connaissais pas. Même la CMU, tout ça. Comme j'ai toujours travaillé, c'est des trucs que je connaissais pas quoi ».

« J'avais peur au début. (...) C'est vrai que bon au début, de dire qu'on est à la CMU, ça me dégoûtait. (...) Et puis après bah non (...) Puis bon, j'aimerais bien quand même arrêter. Mais bon là j'ai pas le choix. (...) Mais c'est vrai que ça m'avait fait peur un peu ».

« C'est vrai que quand on va là (aide alimentaire) c'est que vraiment (...) c'est pas de la fierté, c'est pas ça. C'est plus gênant quoi ».

« Je m'achète plus beaucoup de vêtements. Après voilà, je ne sors pas non plus. Sinon c'est mon compagnon, de temps en temps, qui m'invite au restaurant (...) Moi je pourrai pas. J'ai pas beaucoup de loisirs (...) Mais bon ça va, je me plains pas mais je veux dire, 500 euros c'est quand même pas ... »

Des expériences de santé vécues à travers ses parents

Depuis bientôt un an, elle a un nouvel appartement, dans un meilleur état que l'ancien. Elle tenait à avoir un rez-de-chaussé afin de ne pas avoir de souci en vieillissant.

Puis sa mère a été gravement malade, ce qui l'a amenée à s'occuper beaucoup d'elle. Marie n'a pas toujours bien vécu les expériences à l'hôpital. Sa mère est ensuite décédée (depuis quelques mois au moment de l'entretien).

Son père a également des soucis de santé. Suite aux expériences vécues avec sa femme, il ne veut pas revivre la même chose, ce que Marie comprend.

Elle s'est beaucoup occupée de lui. S'il a maintenant une infirmière à domicile qui soulage Marie, celle-ci vit difficilement de voir de nouveau ses journées allégées.

« Bon moi j'ai ma mère qui savait plus monter, qui savait plus prendre les escaliers. C'est pour ça, je voulais rester en bas, je dis ça n'a qu'à m'arriver euh. Cloîtrée comme ça des journées comme ça en haut ».

« Parce que avec ma mère à l'hôpital, j'ai pas toujours été d'accord non plus. Ma mère c'était aussi une personne fort stressée »

« Mon père, il a dit "ça ira comme ça, on va pas recommencer comme avec ta mère". Donc, il dit "je resterai comme ça". A 86 ans, qu'est ce qu'ils peuvent faire à 86 ans ? (...) Mon père, il veut plus rien faire, même plus d'examen (...) Qu'est ce qu'ils vont faire ? Faire des examens. Mon père il l'a dit de toute façon, à 86 ans, il va pas se faire opérer (...). A 86 ans, je dis, on devrait plus embêter les gens ».

« Alors je me dis c'était de trop parce que bon c'est vrai que c'était fatiguant aussi, le stress et tout ça. Il a été malade. Mais là, je me retrouve là, c'est vrai que ça fait... une grande différence. Se retrouver comme ça, c'est un peu... Voilà ».

Des bouleversements de vie récents qui affectent aujourd'hui ses choix

Pour résoudre son problème au bras, Marie devrait subir une opération, ce qu'elle refuse.

Pour pallier la solitude et l'ennui qu'elle redoute, elle souhaite recommencer quelques activités, comme la marche qu'elle avait interrompu.

Elle a également participé à une animation, sur le thème de la santé, organisée dans la commune et compte y retourner et s'y engager.

Elle continue de voir son père plusieurs fois par semaine, ainsi que son compagnon avec qui elle ne vit pas.

Marie a également rempli et envoyé un dossier pour sa retraite, dont elle attend des nouvelles.

« La prochaine fois, il faudra envisager de vous faire opérer. Mais comme je vais plus travailler (...) Je vais pas dire que j'ai pas mal mais pas la même douleur. C'est supportable quoi (...) comme j'ai arrêté de travailler ça s'est passé quoi. (...) Je fais, je bricole quand même et je veux dire c'est plus les mêmes mouvements. (...) Pour le moment ça va comme ça. Donc on verra. Si vraiment je suis obligée de le faire, oui je le ferai. Mais de toute façon c'est tout pour moi, je retrouverai plus de travail. Je vais avoir 61 ans. Y'est un peu trop tard »

« Quand vous êtes toujours comme ça, chez vous, c'est pas bien non plus. (...) Mais je faisais beaucoup de marche et après j'ai arrêté. Avec ma mère aussi, bon j'avais plus le temps. Et là j'ai remis en route un peu, à refaire un peu de marche »

« Ils avaient trouvé une activité Santé et Bien être et justement j'y suis allée hier. On se retrouve, on est à plusieurs. Après, ils font une belle table et tout, pour essayer que les gens se connaissent. Du coup, j'y suis allée hier et j'y retourne dans quinze jours. Alors ils font de la tarte mais c'est eux qui font tout. (...) Et du coup j'y retourne dans quinze jours. C'était bien quoi, on est tous sur une table et on parle tous ensemble ».

« Pour la retraite, je vais avoir 61 ans là au mois d'août Donc j'ai déjà fait mes papiers, j'avais demandé une retraite anticipée Parce que j'ai mon nombre de trimestres si vous voulez. (...) Mais j'attends, j'ai pas de réponse. J'attends. Puis savoir combien je vais avoir aussi »

« Je veux dire on aspire toujours à être plus vieux mais avoir ma retraite pour dire d'arrêter tout ça et voilà ... C'est tout le temps un casse tête-quoi »

Le portrait de Marie met en évidence l'incidence que peut avoir le travail sur la santé des individus. Il peut, à terme, causer des soucis parfois irréversibles, voire mener au chômage. La perte d'un emploi crée une réelle rupture dans le parcours des personnes qui les oblige à revoir leurs conditions de vie au quotidien. D'une part, les ressources sont beaucoup plus faibles et des choix doivent donc être faits. D'autre part, l'absence de travail peut créer un réel vide dans le quotidien des individus, voire un mal être psychologique dû à une profonde solitude ressentie. Ce portrait témoigne de la honte que peuvent ressentir les individus du fait d'être à la CMU. Enfin, il met en exergue le poids qu'ont la famille ainsi que les mauvaises expériences de santé vécues dans le renoncement aux soins.

Ces quatre portraits permettent de faire le constat de la présence d'une grande diversité de parcours de vie et de soins parmi les personnes que nous avons rencontrées. Ils soulignent également l'existence de « régularités sociologiques » : l'absence d'emploi, les ruptures familiales, des rapports complexes à la santé, etc. De l'ensemble de ces éléments peut découler une multitude de formes de renoncement aux soins. Ces dernières peuvent être causées par divers facteurs que nous allons aborder ensuite.

Nous l'avons vu, les personnes que nous avons rencontrées cumulent différentes formes de précarité qui impactent leur santé et leur recours aux soins. Bien que la plupart d'entre elles bénéficient de la CMU, ils ne recourent pas systématiquement aux soins. De manière générale, elles s'estiment en bonne santé malgré la présence de douleurs et maladies chroniques. Ce recours aux soins dépend des priorisations de chaque individu au regard de leurs difficultés sociales mais également de leurs représentations du corps médical et des traitements qui leur sont imposés. Elles usent alors de stratégies de contournement afin de pallier ce non recours aux soins.

Ces portraits nous ont permis de voir aussi des éléments importants qui peuvent aider ces personnes à mieux s'occuper de leur santé : la présence d'enfants à charge, l'accompagnement par un travailleur social, le réseau familial et amical qui peuvent devenir des supports d'encouragement aux recours aux soins.

DEUXIEME PARTIE : LES CAUSES DU RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins peut avoir diverses causes. Certaines proviennent de la situation personnelle de l'individu. Les parcours de vie instables et l'absence d'une famille proche entraînent une période où l'urgence prime et dans laquelle la prévention n'est pas la principale préoccupation des personnes que nous avons rencontrées. Le renoncement aux soins peut également être induit par les institutions : complexité des démarches, dématérialisation ou encore peur de la stigmatisation. Enfin, il peut être causé par les professionnels de santé eux-mêmes qui instaurent une distance entre eux et leurs patients, entraînant parfois de mauvaises expériences pour ces derniers.

I. Des parcours de vie instables

La stabilisation d'une personne semble être une étape importante dans le recours aux soins des personnes en grande précarité. Toutefois, les personnes que nous avons rencontrées sont dans des situations instables vis-à-vis du logement, de l'ancrage dans un environnement et une vie quotidienne ainsi que vis-à-vis de leurs liens sociaux et familiaux.

A. D'un lieu de vie à un autre

L'instabilité du logement est un frein au recours aux droits. Parmi les personnes enquêtées, certaines ont connu des parcours de rue ou sont dans les circuits d'hébergement sur le long terme, d'autres ont perdu leur logement de manière brutale. Ces différentes situations amènent l'individu à se repositionner par rapport à un environnement nouveau, ce qui impacte le recours aux soins.

1) Instabilité du logement

Les personnes que nous avons rencontrées en centres d'hébergement ont majoritairement été hébergées chez un tiers, principalement un membre de leur famille.

Les professionnelles d'un centre d'hébergement en zone rurale font ce constat : elles nous expliquent que les personnes ont des situations instables en matière de logement, « avec un parcours, une période d'hébergement dans leur réseau amical, beaucoup pendant 2 ou 3 ans ont vécu chez un ami, chez un cousin et autre, et bon à la fin en ayant épuisé tout ce réseau-là, ils font une demande d'hébergement. ».

Paul a été hébergé chez sa famille avant d'intégrer le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Voyant sa situation personnelle (notamment sa consommation d'alcool) se détériorer, Paul a demandé à intégrer le centre de soins : « J'ai pris mes affaires, je suis parti chez ma fille pendant 14 mois, et après j'ai dit à ma fille stop, je peux plus,

ça devenait trop envahissant donc j'ai dit qu'il faut que je trouve quelque chose. J'ai contacté le CSA-PA », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale).

Camille a connu différentes situations de logement avant d'intégrer le centre d'hébergement. Elle a d'abord vécu chez sa mère et se rendait chaque jour dans le « foyer » de son compagnon. Elle a ensuite vécu dans un appartement avec ce dernier. Toutefois, son compagnon a perdu son emploi et faute de paiement, l'appartement leur a été retiré. Ils ont alors été hébergés chez plusieurs personnes, membres de leur famille respective, notamment chez la mère de son compagnon. Mais la cohabitation s'est mal passée et le couple a demandé un studio via le 115 :

« Bah moi j'étais pas en foyer j'étais chez ma mère. Moi je venais le voir tous les jours et je dormais là bas le week-end. C'était des foyers pas très (rire) Fallait pas trop y aller quoi c'était pas très très bien. (...) Et puis moi j'ai eu un appartement avec mon copain mais il a perdu son travail et on a perdu le logement tout ça, on a tout perdu. Après on a été hébergé chez ma mère, chez ma sœur, chez la mère de mon copain, et puis après on est arrivé ici », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Certaines personnes sont natives de la région des Hauts-de-France et ont été hébergées dans cette même région. Toutefois, pour d'autres, notamment pour les personnes issues de l'immigration, les parcours résidentiels sont marqués par des changements de région voire des changements de pays.

Ivana est passée par différents pays avant d'intégrer un centre d'accueil de demandeurs d'asile : la Pologne ou encore les Pays-Bas. Elle dit avoir vécu des choses très difficiles. Abel est arrivé de son pays natal d'abord à Paris où il est resté six ans. Il a connu des périodes de rue puis a été hébergé chez des tiers à Paris. Il explique que la vie à la rue est synonyme de mauvaise augure et raconte la difficulté de vivre dans des températures négatives. Enfin, lors d'un entretien avec un professionnel des centres d'hébergement, le parcours résidentiel d'une jeune femme bipolaire a été évoqué. Elle venait d'une autre région. Lorsqu'elle est arrivée au CHRS, elle était en phase montante de la bipolarité (maniaque et dépressive). Elle est allée en psychiatrie. Elle est actuellement retournée dans sa région natale, dans sa famille.

Les professionnels ont également évoqué le cas de personnes issues de l'immigration, dont le principal but est l'accès aux soins mais dont le parcours résidentiel n'en permet pas la réalisation. C'est le cas par exemple d'Assan. Cet enfant a grandi dans son pays natal à Djibouti. Il est arrivé en France à l'âge de cinq ans par le biais de l'ONU (Organisation des Nations-Unis) qui a proposé de l'amener en France pour un traitement, accompagné de sa mère. Cette dernière a alors signé un contrat de six mois avec l'ONU pour cette prise en charge. Il est passé de la région d'Île-de-France à la région des Hauts-de-France. Il a été pris en charge pour les soins, le logement, etc. Toutefois, l'état de santé d'Assan étant trop critique, les médecins préconisaient d'attendre avant de démarrer le traitement. L'ONU proposa alors à la mère soit de rentrer, soit de rester mais dans ce cas, le traitement d'Assan serait à sa

charge. Elle décida de rester pour soigner son fils. Elle perd alors son logement et appelle le 115. Son dossier a été passé prioritaire. Le 115 lui a d'abord proposé un système de nuitées d'hôtel mais cette configuration de logement n'était pas adaptée pour les soins d'Assan. Ils ont alors été dirigés vers un centre d'hébergement.

Enfin, certaines personnes ont perdu leur logement de manière soudaine par un accident de la vie. C'est le cas par exemple de Jacques. Ce dernier était locataire d'un appartement auprès d'un bailleur social. Suite à sa perte d'emploi, il n'a pas pu payer ses loyers et a dû quitter son logement. Il a alors été orienté vers un centre d'hébergement en milieu urbain.

Marie a également dû changer de lieu de vie (logement et commune). Suite à sa séparation avec son compagnon, elle a dû chercher un nouveau logement seule. Toutefois, le premier logement qu'elle a trouvé ne lui convenait pas, elle a donc demandé à en intégrer un nouveau. Elle espère que sa situation résidentielle est désormais stable et qu'elle ne déménagera plus.

2) Être bien chez soi : les différentes phases de stabilisation

La perte d'un logement entraîne alors un parcours de rue ou l'hébergement chez un tiers. Toutefois, il paraît ensuite difficile de sortir de ce parcours. Les politiques publiques du logement associées au développement des politiques dites de « l'urgence sociale » induisent voire empêchent la création pour l'individu d'un « chez soi »⁹². L'obligation aujourd'hui de passer uniquement par le 115 semble être une difficulté supplémentaire pour accéder à l'hébergement d'urgence ou de réinsertion sociale. En effet, les professionnels que nous avons rencontrés sont tous en contact régulier avec le 115, soit parce qu'ils accompagnent des personnes dans leur recherche d'hébergement, soit parce qu'ils les hébergent. Certains professionnels d'un centre d'hébergement préfèrent ce nouveau mode d'action. C'est le cas par exemple, d'une professionnelle d'un centre d'hébergement en zone urbaine : elle préfère que les personnes hébergées passent par le 115 plutôt que par des associations diverses de la ville ou de la circonscription. Elle explique que pour elle, ce système induit plus d'égalité entre les personnes. Les associations orienteraient davantage en fonction des personnes qu'elles connaissent, ce qui amènerait à une inégalité entre toutes les personnes ayant besoin d'être hébergées. Ainsi, le 115 est pour elle une manière de pallier cette inégalité. Toutefois, certains professionnels pointent une limite à ce système : la longueur des appels et la saturation des places disponibles. L'un des délégués d'une instance de discussion pour personnes accompagnées explique que contacter le 115 est difficile. Ancien sans domicile fixe, il nous explique avoir abandonné ces démarches :

« Ah bah déjà il faut l'avoir le 115 au téléphone... C'est pas évident non plus ! C'est pas de leur faute, il y a pas de place, il y a pas de place, mais...(...) Il y a des jours,

92 JOUVE Élodie, PICHON Pascale, « Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire », op. cit., p. 49.

des moments, 45 minutes pour l'avoir. On a déjà fait l'expérience, au téléphone pendant 45 minutes. De toute façon moi quand j'étais à la rue j'avais abandonné de faire le 115 ! On appelle à 8h du matin on vous dit de rappeler à midi, vous rappelez à midi, ils disent de rappeler, vous appelez et ils vous disent "ah bah non il y a pas de place" ... Vous êtes obligés pour rentrer en centre d'appeler le 115 mais ça répond pas. Et puis elles se font insulter aussi les pauvres personnes derrière le téléphone, mais bon elles sont bien obligées de répondre qu'il n'y a pas de place ! Là le 31 mars, c'est la fin de la veille saisonnière, vous allez voir ça va être gai ça encore ! Alors qu'il y a autant de SDF qui meurent l'été que l'hiver, il faut pas se leurrer. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Une professionnelle d'une association d'accompagnement social et sanitaire exprime son désarroi face à cette difficulté d'hébergement :

« Et pour tout ce qui est social, je crois vraiment qu'en priorité le plus grand problème des gens, c'est le logement. Ils ont pas de logement. Donc après nous on est assez bloqués, parce qu'il faut appeler le 115 pour le logement, pour l'hébergement (...) Mais les hébergements c'est une catastrophe. Une catastrophe honnêtement. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Ainsi, l'ensemble des personnes étant hébergé en centre d'hébergement que nous avons rencontré, est passé par le 115. Certaines n'ont pas fait la démarche d'elles-mêmes. C'est le cas d'Antoine par exemple, dont la situation inquiétait son entourage (sa voisine particulièrement) qui a engagé des démarches pour l'aider à sortir de sa situation :

« C'est des voisins qui voyaient que ... Et puis la mairie de B. Je crois, j'en suis même pas sûr, on m'a rien dit hein. On m'a demandé si euh, ceci, cela. Et puis, j'ai été voir un juge à C. Parce que là on est passé par des juges hein. Il y a des juges derrière nous. Et il y a un groupe avec des dames, qui s'occupaient de nous, qui viennent voir. Elle est venue deux, trois fois, une sorte d'assistante sociale, elle est venue. Elle a vu l'état de la maison, elle a vu ceci, elle dit vous savez, habiter ici, et puis vous êtes pas bien, vous êtes, j'étais pas bien portant, j'étais malade et puis tout. Les infirmières ont fait aussi, elles ont parlé aussi pour dire que j'étais pas, qu'ils voulaient pas que je reste là bas. Un jour ou l'autre je serais mort », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

D'autres ont réalisé la démarche seuls. C'est le cas de Camille qui connaissait déjà les institutions d'hébergement. Son compagnon était dans un « foyer ». Elle s'est donc rapidement dirigée vers le 115 pour demander un studio avec son compagnon :

« Bah en fait on a demandé au 115 (...). Et en fait on a demandé pour pouvoir avoir un studio couple, parce qu'on voulait pas être séparés. Parce qu'en fait il y avait pas de place couple pour l'instant en fait, et on devait être dans un foyer séparé. Et ça fait 3 ans et demi qu'on est à deux donc ça m'enchantaient pas trop.

Donc on a attendu un petit peu et ils nous ont trouvé une place ici », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Enfin, certains ont été orientés par une structure de soins ou d'hébergement. Paul a été dirigé par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie : *« J'ai contacté le CSAPA, j'ai été à l'hôpital au mois de novembre, j'ai fait une crise pancréatique (...) parce que j'en fait souvent, il y'a pas encore si longtemps que ça. Et de là j'ai été voir le CSAPA, on a contacté le 115 et je suis venu ici », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale).*

Avant d'arriver dans un centre d'hébergement en zone urbaine, Ivana vivait avec sa famille dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile. Pour y entrer, dès son arrivée en France, Ivana et son mari ont fait le 115 tous les jours. Ils ont finalement été dirigés vers le centre d'accueil des demandeurs d'asile puis vers le centre d'hébergement.

Outre le changement régulier de lieu de vie, le parcours résidentiel semble être une cause de non-recours aux soins dans la mesure où chaque individu s'acclimate différemment à son lieu de vie et à l'environnement qui l'entoure. Élodie Jouve et Pascal Pichon distinguent quatre étapes de « l'expérience du chez soi »⁹³. Ces quatre étapes sont l'aménagement, l'appropriation, l'attachement et l'ancrage. L'aménagement intervient pendant l'étape du déménagement, et clôt une période de vie pour en commencer une nouvelle. Cet aménagement est une phase d'organisation de son « chez soi » mais également une manière de donner « à autrui une image de soi digne »⁹⁴. En effet, le « chez soi » a deux fonctions principales : l'accueil des autres et la préservation de son intimité. Cette préservation de l'intimité intervient dans la seconde phase de l'expérience du « chez soi ». C'est une étape où des lieux privés, intimes sont créés. Elle s'inscrit dans des « plaisirs de l'habiter »⁹⁵ qui seraient par exemple recevoir des amis, paresser ou encore bricoler. L'étape de l'attachement intervient ensuite et correspond à l'attachement d'une personne à des choses (objets, pratiques, habitudes de vie etc.) qui la lient à elle-même, aux autres personnes de son foyer et qui lui permettent de se projeter dans l'avenir. Dans cette étape, il s'agit pour l'individu de décider de ce à quoi il est attaché et les choses dont il doit se détacher car considérées comme no-vides. Enfin, l'étape de l'ancrage correspond à l'ancrage social et territorial d'une personne. Il s'agit de son intégration dans un environnement, de sa participation à la vie sociale et de son inscription dans des réseaux sociaux, familiaux, « signe de la citoyenneté ».⁹⁶ Durant cette période, l'individu repère les lieux de proximité accessibles et de qualité et s'y inscrit dans une démarche quotidienne. Cette étape paraît cruciale dans le recours aux soins dans le cadre d'un repérage des offres de santé accessibles et de qualité. Toutefois, il paraît difficile pour les personnes que nous avons rencontrées de s'y inscrire pleinement et durablement, de par l'instabilité constante de leur parcours résidentiel. De plus, cette instabilité participe à la précarisation d'un individu. A chaque nouveau lieu de vie, son réseau social doit pouvoir

93 JOUVE Élodie, PICHON Pascale, « Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire », op. cit., p. 48.

94 JOUVE Élodie, PICHON Pascale, Ibid., p. 48.

95 DE CERTEAU cité dans JOUVE Élodie, PICHON Pascale, Ibid., p. 48.

96 JOUVE Élodie, PICHON Pascale, Ibid., p. 48.

se recréer. Or, cette instabilité est davantage propice à une marginalisation et à l'exclusion sociale d'un individu⁹⁷.

Ces étapes de l'expérience du « chez soi » élaborées par Pascale Pichon et Élodie Jouve permettent d'entrevoir la nécessité d'une phase de stabilisation pour s'approprier et s'ancrer dans son « chez soi ». Alexandre Pagès parle d'une zone intermédiaire entre une période d'activité et une période d'inactivité⁹⁸. Dans cette zone, les individus doivent se réadapter au changement. Cette zone pourrait s'appliquer à l'expérience du « chez soi ». En effet, les professionnels et les usagers que nous avons rencontrés insistent tous sur la nécessité d'une période de stabilisation avant de pouvoir à nouveau se projeter dans l'avenir et donc dans le recours aux soins.

Le délégué de l'instance de discussion pour personnes accompagnées explique tout d'abord que l'accueil dans les centres d'hébergement projette l'individu trop rapidement dans une perspective d'avenir par le biais du projet de vie :

« En plus quand vous rentrez en CHRS vous devez signer un contrat, mais les personnes elles signeraient n'importe quoi ! Tout ce qu'elles veulent c'est aller se doucher et aller se coucher, c'est tout... Au lieu de laisser un laps de temps que la personne se repose et prenne ses marques, et bah non et du coup la personne elle signe n'importe quoi. C'est pas de leur faute, ils veulent juste un lit, une douche et manger. Mais si vous signez pas vous devez partir et refaire tout le 115 et tout. Mais bon elles font ce qu'elles peuvent. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Camille, qui est hébergée dans un centre d'hébergement, explique quant à elle, ses difficultés à s'ancrer dans un environnement du fait de son instabilité résidentielle :

« Bah, et puis je me lasse vite en fait. Et puis après en fait c'est parce que je pense que c'est parce qu'à chaque fois que je me suis habituée à un endroit j'ai dû partir, partir, partir. Donc je pense que c'est ça aussi qui joue au fait que ma vie c'est comme ça, je vais en avoir vite marre de quelque chose quoi », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Ainsi, cette instabilité résidentielle et cette difficulté à construire pleinement son « chez soi » a des conséquences sur la manière de s'ancrer dans un territoire et de s'y déplacer. La mobilité semble être également un frein au recours aux droits et aux soins, particulièrement dans les zones rurales.

97 DESPRES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », op. cit., p. 5.

98 PAGES Alexandre, La pauvreté en milieu rural, op. cit., p. 7.

B. Une mobilité géographique limitée

Comme nous l'avons vu précédemment, le non-recours aux soins est en partie dû à différentes formes d'instabilité et de fragilité selon les populations, comme la mobilité géographique. Les différents modes de déplacements des personnes rencontrées ont un impact positif ou négatif sur le recours aux soins.

En effet, nous avons pu observer qu'en ce qui concerne la mobilité, il n'y a pas de linéarité dans les propos recueillis, nous avons rencontré des personnes qui soit ont le permis de conduire et une voiture à disposition, soit qui n'ont pas de permis de conduire mais qui pensent que tout est très bien desservi et qu'elles peuvent se déplacer en transport en commun ou à pied sans problème, que ce soit en zone urbaine ou rurale. Soit les personnes décrivent les services de transport en commun comme étant inefficaces et/ou trop coûteux et sont contraintes de se déplacer à pied. Marie déclare qu'elle a une voiture qui lui permet de se déplacer, notamment pour aller voir sa famille mais qu'elle peut s'en passer car les services de proximité sont nombreux :

« J'ai une voiture. (...) Comme ça, j'ai pas trop à me déplacer, pi bon c'est la même avec l'essence, faut je fasse attention aussi. Faut tout compter. Je dis tout le temps, je serais toute seule, en restant au Q., j'aurais pu de voiture. Parce que même pour faire les courses, vous avez tout quand même. Grande surface à proximité quoi. Mais bon maintenant, il me reste... Enfin j'avais mes parents, et j'ai encore mon père quand même. Il se retrouve tout seul donc j'ai besoin encore de la voiture pour aller voir mon père. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

A l'inverse de Marie, Élise dit qu'elle n'a pas de permis de conduire et qu'elle le regrette fortement notamment parce qu'elle a du mal à trouver un travail à cause de ça :

« Non, j'ai fait une bêtise, j'aurai dû le passer quand j'étais jeune. Mais on ne sait jamais, on ne sait pas comment l'avenir, elle tourne. Bon c'est vrai je regrette, j'aurai dû le passer. »

« Et là, j'avais repostulé encore pour un autre travail, mais faut un moyen de locomotion, une voiture. Comme c'est chez les personnes âgées. Obligé d'avoir une voiture(...). »

« Mais dès que je suis revenue, je me suis inscrite dans des boîtes, mais dans le petit village où j'habitais, pas de bus. Y'avait pas de... Fallait y aller à S. alors y'avait une demie heure de marche. Et comme j'avais pas de moyens de locomotion. Pour venir à L., c'était pareil, pas de moyens de locomotion non plus. Alors du coup, c'est ça qui me bloquait quoi (...). », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale)

Paul déclare qu'il n'a pas de voiture mais qu'en revanche il utilise les transports en commun sur lesquels il est bien renseigné : *« Non ! J'ai ma carte de bus (rire), je peux voyager dans tout le nord-Pas-de-Calais pour 11 euros par mois ! C'est bien ça, et puis si je veux prendre la carte SNCF TER, 7 euros par an et puis je voyage tous les week-end à demi tarif. », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale).*

Kéziah déclare qu'elle se déplace en bus pour se rendre aux cours de français qu'elle suit. Elle précise également qu'il n'y a qu'un seul bus pour s'y rendre et qu'elle espère passer son permis très prochainement car elle trouve cela plus pratique.

Quant à Camille, elle dit qu'elle prenait le bus tous les jours pendant une période mais que cela représentait un certain coût qu'elle ne pouvait plus se permettre : « *En bus ... Je paye 1€70 aller retour tous les jours (rires). De ma poche, et en plus j'étais pas payée encore. Donc pendant 5 semaines euh ...* », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).

C'est la raison pour laquelle comme beaucoup d'autres, elle se déplace à pied maintenant : « *Bah on est à pied, on n'a pas le permis (rires). Et puis bah donc j'ai Aldi derrière, donc je fais mes courses à pied, ça va. Je me débrouille (rires).* », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).

Outre le sujet des modes de déplacements, nous avons pu observer que les problèmes de santé de certaines personnes représentaient un frein à la mobilité de ces dernières. C'est par exemple le cas d'Antoine qui évoque son âge et son diabète comme freins à la mobilité :

« Bah avec mon diabète, j'ai jamais passé mon permis, et puis j'ai pas l'intention de le passer, pour faire 10 kilomètres. Bah dans le temps je faisais 20, 30 kilomètres à pied, j'avais pas peur hein. Bon, maintenant je commence à vieillir. Mais même maintenant je fais encore des ... Je fais tout le tour du C., tous les dimanches je fais mon tour. », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

Selon Apolline Nguyen-Khac, les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins ne prennent pas en compte la diversité des situations des individus. Les difficultés diffèrent d'un individu à un autre et ne dépendent pas uniquement du lieu de résidence. Elles peuvent dépendre de différents paramètres comme l'âge, l'isolement, le degré de mobilité, et les ressources économiques⁹⁹.

D'après Coldefy et Lucas-Gabrielli, l'accès aux soins dépend de l'offre de santé mais aussi des caractéristiques de la population. L'âge est le « principal critère de variation » : « Plus les individus sont âgés, moins ils ont tendance à déclarer rencontrer des difficultés et renoncer aux soins. L'attente en cabinet et les horaires de consultation, le manque de disponibilité du médecin sont des obstacles majorés par les plus jeunes ; ce qui suggère que la contrainte temporelle, qui diminue au moment de la retraite, pèse sur l'accessibilité. En revanche, les personnes âgées déclarent plus souvent des problèmes liés à la distance, ce qui peut s'expliquer par une moindre mobilité. »¹⁰⁰

Jannot évoque également une mobilité difficile suite à la perte de son permis de conduire à cause d'un contrôle d'alcoolémie positif et à une incapacité à se déplacer à cause de ses douleurs aux genoux. Des douleurs qui l'empêchent aussi de prendre le bus : « *Et puis j'ai plus*

99 NGUYEN-KHAC Apolline, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », Revue française des affaires sociales, 2017, n°1, p. 191.

100 NGUYEN-KHAC Apolline, Ibid., p. 192.

de permis, c'est ça qui me tracasse aussi. Avant je prenais ma voiture et j'allais faire un petit tour. Si tu veux dire merde, se changer les idées, mais sans permis c'est moins facile », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale).

Enfin, nous avons observé que selon le territoire, plus particulièrement en zone rurale, les personnes rencontrées déclarent avoir des difficultés d'accès aux divers services. C'est Antoine qui témoigne de la complexité à s'orienter de certains villages qu'il connaît bien :

« Ah oui oui, il faut connaître. Il y a des endroits, bon, c'est la route nationale l'autre côté, mais si on connaît un peu les villages. Moi tous les villages où j'ai habité, où j'ai vécu, ou que j'ai travaillé, je connais ces endroits comme ma poche ! Mon patron me disait, Antoine, oui, quand on est en panne, qu'est ce qu'on fait. Bah je disais bah on va attraper là, on va tourner là bas au coin, et on va couper la grande route, et puis on va ressortir de l'autre côté. C'est tout. Moi où je travaillais de temps en temps, à S., à côté de S.. Et ben je traversais le canal, j'allais voir les mécano, j'allais voir ceci, je faisais revenir les, pff. », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

Camille dit qu'elle ne peut pas faire grand-chose dans la ville où elle vit et que c'est un frein pour elle : *« Mais là tu veux que je fasse quoi ici? L. ... Où je vais bouger ? C'est un frein en fait ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).*

Gaëtan a été très explicite à ce sujet également. Selon lui des changements sont à faire, notamment en ce qui concerne la localisation des divers services et le développement des réseaux de transports. Il dit qu'il y a beaucoup de difficultés pour se déplacer d'une part et pour localiser les structures et autres services d'autre part :

« (...) Ils devraient faire des panneaux où ils indiquent les médecins c'est où parce que les villes d'ici y'a rien du tout c'est la merde pour trouver un truc, c'est chaud à trouver, là ils indiquent les Aldi mais ils indiquent pas les trucs de santé »

« Ouais je tape le nom de la ville, le médecin et tout, et n'importe quelle recherche je la fais pas ordinateur, je vais jamais comme ça tout seul, parce que je galère, je me retrouve dans des villes chelou, un vieux village en plus ils parlent tous bizarre ici en patois et pour comprendre c'est la misère »

« Oui ici c'est la merde, que des champs, faut prendre un bus mais y'a même pas d'arrêt de bus, si t'es pas d'ici tu connais pas quoi »

« Ouais bah oui ça me met des freins c'est sûr parce que tu peux pas aller où tu veux, je peux pas travailler où je veux en vrai, je dois travailler autour d'ici sinon c'est mort »

« Bah je sais que le premier truc c'est d'être dans une ville où je suis sûr de pas bouger, une ville qui est potable quand même, où y'a au moins le métro, là c'est la merde, t'es à pied t'es pas bien », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale)

D'après Baronnet Juliette et al., les travailleurs sociaux soulignent des difficultés liées à l'isolement géographique et le faible maillage en services publics. Ils observent un réel épuisement des personnes pour effectuer les démarches notamment quand il y a un étalement urbain au niveau des territoires. Et disent que l'éloignement des institutions plonge les personnes dans la solitude et l'isolement privé. C'est par exemple le cas des personnes qui n'ont pas de téléphone, et pas de voiture¹⁰¹.

Nous pouvons dire que la mobilité géographique joue un rôle majeur dans l'accès aux soins car c'est cette mobilité qui peut permettre ou non aux personnes de bénéficier de certains services, de soins et même de prétendre à un emploi. Nous avons constaté que la mobilité géographique est à la fois un élément primordial mais est aussi vécue différemment selon les personnes. En effet, lorsque certaines personnes se plaignent de ne bénéficier que de peu de transports, ou regrettent le peu de proximité avec les supermarchés ou le médecin, d'autres estiment qu'elles sont bien desservies et qu'elles ont tout ce dont elles ont besoin à leur disposition et cela en étant dans la même ville. Au sein du territoire du Hainaut, l'accès aux divers services de santé reste moins évident en zone rurale. Les déplacements peuvent également être complexes pour les personnes hébergées en zone urbaine. En revanche, dans le territoire Flandres, la mobilité semble moins être un frein, le réseau de transports et les services de proximité étant très développés. En plus de représenter un frein en terme d'accès aux soins, le fait de ne pas avoir de mobilité ou très peu, peut engendrer des conséquences nocives sur d'autres champs tels que les liens de socialisation que les personnes peuvent entretenir avec leur famille, et leurs pairs par exemple.

C. Les enjeux des socialisations et désocialisations

Les socialisations et désocialisations jouent un rôle important dans le parcours des individus. Comme l'explique Patrick Peretti-Watel, la santé ainsi que les recours aux soins de ces derniers peuvent être liés au lien social¹⁰². En effet, comme le précise l'auteur, le réseau relationnel peut fournir « des ressources matérielles, informationnelles, émotionnelles » ainsi que « certains “besoins sociaux fondamentaux” (affection, estime de soi, sentiment d'appartenance, etc) »¹⁰³. Il peut s'agir de liens familiaux, amicaux, ou d'autres réseaux de proches (voisinages, fréquentations au sein de structures, etc). Que ces réseaux soient établis ou non, leur présence ou absence ont un impact sur la manière dont les individus appréhendent leur santé. Les réseaux familiaux notamment vont avoir une incidence importante, ainsi que les réseaux d'appartenance entre pairs, souvent construits ici au sein des structures d'enquêtes (CHRS et association d'aide alimentaire).

101 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 8.

102 PERETTI-WATEL Patrick, « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », Économie et statistique, 2006, n°391-392, Sans domicile, p. 115.

103 PERETTI-WATEL Patrick, Ibid., p. 116.

1) Les enjeux des réseaux familiaux dans le renoncement aux soins

Les rôles que peuvent avoir les réseaux familiaux sont divers. Parmi les parcours des personnes rencontrées, de nombreux cas de ruptures familiales et de liens familiaux difficiles ont pu être constatés. Si ce sont les situations les plus présentes, nous avons également pu rencontrer certaines situations dans lesquelles la famille joue un rôle positif en matière de recours aux soins.

L'incidence des ruptures familiales sur la santé et le renoncement aux soins

Les personnes que nous avons rencontrées durant l'enquête sont nombreuses à avoir vécu des ruptures familiales génératrices de difficultés de santé et d'accès aux soins. Ces ruptures ne sont pas uniformes et peuvent avoir des impacts différents. Comme évoqué précédemment, la solitude et l'isolement sont très présents dans les témoignages. D'après Patrick Peretti-Watel, l'isolement relationnel est défini « soit comme l'absence relative de contacts avec les proches, soit comme l'absence de proches à contacter »¹⁰⁴. Ce qui compte n'est donc pas la quantité des rapports mais davantage leur qualité¹⁰⁵. Ainsi, si les personnes ne se retrouvent pas toujours sans aucun membre de leur famille, les contacts avec eux sont souvent rares, ou ne représentent pas un réel soutien :

« J'ai un frère aussi mais ce qu'il y a, c'est qu'il est à A. (dans le sud). Donc voilà, c'est pas évident quand ils sont loin comme ça (...) Bah il revient deux trois fois par an quand même. On s'appelle (...) J'avais un autre frère mais il est décédé à 40 ans. Mais il était pas là non plus, il était à N. (dans le sud), lui. Ils ont eu raison. (...) Mais après, bon pour leur travail, ils sont partis quoi », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Pour d'autres, les ruptures ont été plus nettes. Plusieurs personnes que nous avons rencontrées, comme il a pu être abordé précédemment, évoquent des éloignements familiaux, forcés ou choisis qui les amènent à ne plus avoir de relations avec leurs proches. Dans d'autres cas, les personnes ont perdu leurs parents, parfois jeunes :

« Je suis né en 57. Je suis orphelin depuis l'âge de 12 ans. D'abord ma mère, et trois ans plus tard c'est mon père qui est parti. De là j'ai été placé à la DDASS », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

« C'est suite à tout ça, mes sous, mes sous ... C'est dur quand t'as de l'argent et qu'après t'en as plus. Mon papa est décédé quand j'avais 17 ans, d'un seul coup... Ma maman, tant qu'elle était là ça allait. Mais après je me suis retrouvé tout seul... », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale)

Jannot avait toujours vécu avec ses parents dans leur ferme. Suite à leur décès, il explique qu'il n'a pas su prendre soin de lui ni de la ferme. Il exprime un grand sentiment de solitude.

104 PERETTI-WATEL Patrick, Ibid., p. 119.

105 PERETTI-WATEL Patrick, Ibid., p. 115.

Il a encore une sœur mais avec qui il n'a aucun contact et rencontre des difficultés dues à la succession.

Shirley Roy, qui travaille sur l'itinérance, évoque la forte présence d'« histoires complexes et généralement souffrantes ». En effet, pour certaines personnes, « les relations parentales ont été marquées par l'abandon, le rejet » (comme il a été le cas pour les jeunes que nous avons rencontrés), « par des expériences de victimisation (violences, insultes, humiliations), par des situations de reproche et de ressentiment, des impasses quant à la communication »¹⁰⁶. De plus, comme l'explique encore Patrick Peretti-Watel, les rapports avec les proches peuvent avoir une influence sur la construction de l'identité personnelle et l'estime de soi¹⁰⁷, ce qui peut ensuite avoir des impacts sur le rapport aux autres, le rapport à la santé ainsi que sur le recours aux soins. Antoine par exemple, qui a eu des soucis de santé liés à une forte consommation d'alcool, révèle dans son témoignage les conséquences que cela peut avoir sur la santé :

« Pff euh, depuis dix ans (il a du diabète). Quand j'ai été licencié, je me suis mis à boire, comme beaucoup de gens hein. Et puis, déjà que quand j'étais jeune je recevais des trempes, des trucs comme ça. Mes parents, ma mère ça allait mais mon père c'était ... Tape dessus, j'm'appelle Arthur, et comme personne ne disait rien ... Dans le temps c'était souvent comme ça hein (...) Bah ... Faut arrêter ça. Disons que mon père était un alcool, j'ai un de mes frères qui est mort à cause de ça. J'ai eu des cousins pareil ... Faut faire attention à tout maintenant. », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

Les expériences de violence paraissent avoir fait partie intégrante de son enfance, tout comme la consommation d'alcool. Camille quant à elle, si pour le moment ce n'est pas directement sa santé physique qui porte les traces de son passé, c'est davantage sa confiance en elle et son rapport aux autres et aux institutions qui sont entachés :

« C'est comme, ma mère elle m'a fait du mal, ma sœur elle m'a fait du mal. Regarde, en fait des fois je pleure, parce que ma mère, je me dis en fait là je suis méchante depuis le temps que je parle plus à ma mère. Parce que je lui parle plus, c'est mon choix tu vois, mais si je voulais je lui envoie un message je lui parle et voilà. Mais je peux pas, parce qu'il y a tellement de choses qui ont fait que j'arrive pas tu vois (...) C'est pas que je suis négative, mais j'ai tellement vécu de choses que je sais comment la vie elle se passe maintenant tu vois. Que ce soit au niveau d'un docteur, d'un psy, d'un rendez-vous, là, de ta mère, de ta grand mère de ce que tu veux. Je connais maintenant. C'est pas que je mets tout le monde dans le même sac, que je juge telle ou telle personne. (...) C'est comme avec ma mère. Je lui parlais, je lui parlais plus. A chaque fois elle m'a fait des coups ... Et à chaque fois je me suis rendue triste, j'ai pleuré pendant des mois et des mois, et puis en

106 ROY Shirley, « L'itinérance : visibilité et inexistence sociale », in CHATEL Viviane (dir.), L'inexistence sociale, Fribourg : Éditions Universitaires de Fribourg, 2007, p. 109.

107 PERETTI-WATEL Patrick, « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », op. cit., p. 115.

fait je lui ai reparlé, et puis après ... T'as plus envie de te faire du mal à toi même tu vois (...) C'est pour ça que je m'attache plus trop aux gens, parce que ...(...) J'me dis, tu vas t'attacher à quelqu'un, forcément il va se passer un truc avec cette personne qui va faire que tu vas pas être bien avec cette personne. Ça peut pas être comme ça tout le temps, c'est pas possible, il va y avoir un truc et ... (...) En fait j'évite de me rendre triste à long terme tu vois. C'est con mais ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Comme l'explique Shirley Roy, Camille n'aurait donc « pas vécu dans un environnement permettant le développement de la confiance en soi »¹⁰⁸. Si ces témoignages sont revenus de manière régulière durant l'étude, d'autres ont également révélé une incidence positive de la famille sur le rapport à soi, à la santé ainsi que sur le recours aux soins.

Le soutien familial : une ressource importante contre le renoncement

En effet, comme en fait l'hypothèse Patrick Peretti-Watel, nous constatons que le réseau relationnel facilite le recours aux soins. Il peut s'agir d'une incitation à consulter ou d'une aide dans les démarches¹⁰⁹. Kéziah par exemple, explique que c'est un membre de la famille de son mari qui les a aidé dans leurs démarches en allant regarder pour eux sur internet, car c'était pour elle compliqué au début : « *On sait pas ce qu'on fait* ».

Plus encré encore dans la socialisation des individus, Caroline Desprès explique que la manière de gérer la santé s'inscrit dans un habitus familial. Dès l'enfance, les individus intériorisent des habitudes ainsi que des pratiques¹¹⁰. Marie par exemple explique que sa mère l'a toujours incitée à consulter des médecins :

« Puis, de ce côté là, ma mère elle était fort "tu vas au gynécologue, t'as fait ta mammo". Tout le temps, ouais. C'est tout le temps, ils ont... (...) Voilà c'est suivi quand même. Parce que ma mère, elle était malade donc elle disait "faut pas être comme moi (...) Oui, faire attention à ce qu'il y a à faire quoi. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

D'une autre manière, la famille peut également constituer, comme l'explique Maryse Bresson dans son ouvrage sur la sociologie de la précarité, un réel support en cas de coup dur¹¹¹. Support qui, comme dans le cas de Marie, peut être financier :

GDS : « Et vous n'avez pas eu besoin de trop vous priver pour acheter la monture ? »

M : « Non. Enfin ma mère elle était encore là. Mes parents aussi qui me... C'est vrai que pour ça, ils m'ont jamais laissé tomber. Et même quand j'ai déménagé là, parce que c'est un petit lotissement aussi que j'ai déménagé. Mais bon, ça va, mes

108 ROY Shirley, « L'itinérance : visibilité et inexistence sociale », op. cit., p. 109.

109 PERETTI-WATEL Patrick, « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », op. cit., p. 127.

110 DESPRES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », op. cit., p. 9.

111 BRESSON Maryse, Sociologie de la précarité, op. cit., p. 60.

parents, pour ça euh, voilà. Ils m'ont jamais laissé tomber quoi. Heureusement, parce que sinon j'aurais pas pu déménager.», (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Ces différentes situations permettent de mettre en exergue le rôle « de protection et d'entraide des solidarités familiales »¹¹², ainsi que l'importance des socialisations créées en leur sein dans le recours aux soins et le rapport à la santé des personnes.

La famille peut également avoir un impact inversé. Jusqu'à présent, nous avons surtout présenté des cas dans lesquels soit des habitus sont créés tout au long de la vie et influent sur la façon dont les personnes vont appréhender leur santé et recourir aux soins ; soit des membres de la famille apportent une aide administrative ou financière à un moment où elle est nécessaire. D'autres situations existent, dans lesquelles les personnes n'ont pas été habituées à recourir aux soins de façon automatique et systématique, et voient pourtant leurs habitudes se transformer lorsqu'il s'agit de leurs enfants. C'est le cas de Mireille, dont Caroline Desprès retrace le parcours dans l'un de ses textes. Elle explique que pour les soins, des compétences sont développées chez les mères de famille. Mireille tient à enseigner à ses filles la prévention et la protection de la santé, quand bien même elle ne les respecte pas elle-même¹¹³. Nous retrouvons cette situation chez Corinne, rencontrée au sein de l'association d'aide alimentaire située en zone rurale. Elle n'aime pas aller chez le médecin car elle a appris à se soigner toute seule. Elle dit qu'elle sait reconnaître les symptômes et que ce n'est souvent que viral (on peut y apercevoir ici des habitudes qu'elle a pris tout au long de sa vie). Cependant, elle tient à ce que sa fille y aille dès que le besoin se fait sentir, et précise : « *surtout qu'elle est encore jeune* ».

Tous ces parcours et témoignages mettent donc en avant l'importance des réseaux familiaux. Cependant, d'autres réseaux relationnels peuvent avoir un impact sur la santé et le recours aux soins.

2) Le rôle des réseaux relationnels entre pairs dans le recours aux soins

Ces réseaux relationnels (amis, voisins, fréquentations au sein de diverses structures) ont également un rôle non négligeable. Comme il a déjà été précisé précédemment, les personnes que nous avons rencontrées ne disposent pas d'un grand réseau relationnel à l'origine. C'est donc surtout dans les structures au sein desquelles elles habitent ou reçoivent des aides (ici donc les CHRS et l'association d'aide alimentaire) que ces réseaux se créent. Pascale Pichon, en abordant la théorie de la désocialisation dans le cadre d'un article sur la vie dans la rue, explique que la désocialisation « se manifeste au fur et à mesure de la dégradation des besoins liés aux conditions de vie (...). Elle se suit d'une resocialisation dans le

112 PAGES Alexandre, La pauvreté en milieu rural, op. cit., p. 89.

113 DESPREES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », op. cit., p. 9.

milieu des pairs »¹¹⁴. Dans un autre article, l'auteure précise également que les personnes se créent « de nouveaux liens, construisant une *communauté d'expérience* : ces fameux “col-lègues” »¹¹⁵. Ces réseaux permettent aux personnes d'y retrouver soutien et entraide.

Cela peut être relationnel, c'est-à-dire procurer aux personnes du réconfort, du fait de retrouver du lien social au sein de la structure :

« Les personnes âgées elles sont conviviales, elles sont gentilles, il y a le respect tu vois, sur tout tu vois. Les gens jamais, jamais les personnes en face, même si elles te parlent pas c'est tout, mais elle va jamais te parler mal. Ils sont tous cool en fait, c'est ça qui est bien. D'un côté même si t'as des soucis, t'es content d'être ici quand même tu vois. Nan, c'est bien, je suis contente quand même d'être là. Au moins j'me dis je suis peut être toute seule en quelques sortes mais ...J'ai des gens derrière moi. Même si j'ai pas ma mère, mon père, j'ai des gens derrière moi qui m'aident tu vois ... C'est cool quand même ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Le témoignage de Camille, cité ci-dessus, montre que ces réseaux permettent presque de pallier l'absence du cercle familial. Dans le même ordre d'idée, un de nos enquêtés, habitant l'un des CHRS, explique qu'il discute beaucoup avec les personnes du Centre d'hébergement et qu'il s'entend bien avec tout le monde. Sachant faire à manger, et précisant que ce n'est pas le cas de tout le monde, il lui arrive de préparer un repas et de le partager.

Ces réseaux peuvent également permettre aux personnes d'y trouver des conseils et de l'entraide. Paul par exemple, habitant du CHRS en zone rurale, a des amis et fréquente notamment un homme depuis quelques temps. Ces personnes l'ont aidé à arrêter de boire et à se « reprendre en main ». Ivana, habitante du CHRS situé en zone urbaine, quant à elle, explique qu'elle s'entend bien avec sa voisine, elles sont d'ailleurs devenues amies. C'est cette dernière qui lui avait parlé de l'orthophoniste pour son enfant. C'est le cas également de Marie, qui a eu connaissance de l'association d'aide alimentaire qu'elle fréquente aujourd'hui grâce à sa voisine :

« Bah j'ai connu avec ma voisine. (...)Elle y était allée quoi parce qu'elle était en ASS aussi. Allocation Spécifique de Solidarité. Donc voilà, après bien sûr forcément quand on travaille plus, on a plus de ressources. On a du chômage au début mais bon ça dure pas non plus. Et c'est elle qui m'a dit “Marie, faudra aller vous inscrire”. C'est elle qui m'a mis dans... », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Enfin, au sein de cette même association, nous avons rencontré deux personnes, Vanessa et Nadine qui se connaissent via cette structure. Lors de notre discussion, elles échangent également entre elles. Nadine conseille à Vanessa d'aller à la CPAM de Y. car ils sont plus agréables. Elle lui apprend également qu'elle dépend de la CPAM de Y. et que L.(leur com-

114 PICHON Pascale, « Sortir de la rue. Question de recherche et enjeu d'action », Le sociographe, 2014, vol. 4, n°48, p. 80.

115 PICHON Pascale, « Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire », Communications, 2002, n°73, Manières d'habiter, p. 24.

mune) est une antenne. Elle lui explique le bus qu'elle doit prendre pour s'y rendre et lui donne le conseil d'aller voir une professionnelle spécifique afin de pouvoir faire avancer son dossier CMU plus vite.

Tous ces réseaux, aussi divers soient-ils peuvent, comme nous l'avons vu, participer à la diminution du renoncement aux soins des personnes. Mais ils peuvent également apparaître comme étant, comme certains auteurs les ont appelé, des « solidarités privées (familiales, amicales, communautaires) »¹¹⁶, qui permettent aux individus d'avoir une approche davantage positive de leur santé ainsi que de recourir plus facilement aux soins.

Nous avons donc mis en exergue les divers facteurs, souvent propres aux parcours des individus, pouvant permettre de comprendre les comportements qu'ils adoptent dans le cadre du renoncement aux soins. En effet, il peut s'agir, comme nous l'avons vu, du caractère souvent instable de leur parcours, lié à diverses expériences de vie. La mobilité géographique a également souvent un rôle non négligeable. Enfin, comme nous venons de l'évoquer, la socialisation et les phases de désocialisation des individus ont un impact important dans leur renoncement aux soins, ou au contraire dans leur vision de la santé ainsi que dans l'activation ou la réactivation de leurs démarches de soins.

Cependant, et comme l'ont mis en évidence de nombreuses études sur le non-recours, les causes de ce dernier et du renoncement aux soins ne sont pas uniquement comportementalistes¹¹⁷. De nombreux autres obstacles peuvent exister, notamment institutionnels et donc représenter des barrières importantes dans l'accès aux soins.

II. L'impact des contraintes institutionnelles

Nous avons vu dans un premier temps que le non-recours aux soins pouvait être dû aux parcours et aux conditions de vie précaires des personnes que nous avons rencontrées. En effet, nous avons pu observer que le renoncement aux soins, de manière volontaire ou involontaire, provient des usagers de par les contraintes que leur situation leur impose. Néanmoins, au cours de cette enquête, nous avons constaté que les diverses contraintes auxquelles les personnes rencontrées doivent faire face ne résultent pas uniquement de la situation de grande précarité dans laquelle elles vivent mais aussi des institutions et de leur mode de fonctionnement. C'est ce que nous allons exposer dans ce second volet sur le non-recours en tentant d'expliquer en quoi le manque d'information, les complexités administratives, le phénomène de dématérialisation et l'intériorisation d'un stigmat sont des causes directes du non-recours aux soins au même titre que les conditions de vie précaires.

116 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 11.

117 WARIN Philippe, L'accès aux droits sociaux, op. cit., p. 38.

A. Un manque d'information évident

Selon Brigitte Berrat, « Le non-recours n'a pas d'explication causale unique. Il est le produit de plusieurs facteurs liés non seulement au bénéficiaire et à son comportement, mais aussi aux organismes chargés de verser la prestation et enfin, à la façon dont la prestation a été conçue. »¹¹⁸.

Elle explique, comme divers auteurs, que la première cause principale du non-recours, en dehors des choix, des comportements et des conditions de vie précaires des usagers est le manque d'information. Wim Van Oorschot va dans ce même sens. D'après l'auteur, on peut repérer les causes du non-recours à trois niveaux : l'utilisateur, l'organisme chargé d'administrer les prestations et le dispositif lui-même. En effet, les synthèses des travaux sur le non-recours montrent que les causes du non-recours aux prestations sociales ont été étudiées presque qu'au niveau de l'utilisateur. C'est pourquoi il tente dans son article de mettre en avant l'ensemble des facteurs influents sur le non-recours¹¹⁹.

C'est effectivement ce que nous avons constaté sur le terrain car pour la majorité des personnes rencontrées, soit elles ne connaissent pas ou très peu les différentes institutions et les dispositifs que ces dernières mettent en place, soit elles connaissent plus ou moins les diverses prestations mais ne savent pas comment les exploiter. La méconnaissance des prestations est une des premières causes de la non demande pour bénéficier de telles ou telles prestations. Il en est de même pour les professionnels médicaux, mis à part le médecin généraliste, ils ne sont pas toujours au courant de ce que font les spécialistes. C'est ce que nous a expliqué une bénévole dans une association d'aide alimentaire :

« Alors ils peuvent être curieux et on les informe bien sûr, mais ... Ils ont entendu parler, ils sont pas plus au courant que ça. Ils ne cherchent pas plus parce que pour eux si vous voulez c'est quelque chose qui n'est pas abordable. Sauf si elles sont dirigées par un médecin. Donc moi les personnes que je vois ce sont des personnes qui, à la fois ont été dirigées par un tribunal ou un domaine juridique. Ou alors par un médecin. »

« Les professions médicales, quand on fait référence aux personnes (de l'association), la plupart du temps elles connaissent les, le domaine médical général ou professionnel, pour des cas spécifiques. Mais quand c'est par exemple paramédical, déjà le domaine psy euh ... C'est même pas la peine d'y penser (rires). Le domaine, 'fin par exemple je sais pas moi, un ostéopathe, ils connaissent pas, 'fin ce sont des métiers qui sont un peu plus inconnus je dirais pour beaucoup de personnes. Elles connaissent les, oui, les principaux. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

118 BERRAT Brigitte, « Ceux qui ne demandent rien : hors jeu, résignés ou résistants ? », Vie sociale, 2008, vol. 1, n°1, p. 5.

119 VAN OORSCHOT Wim, « Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées », Recherches et prévisions, 1996, n°43, pp. 33-49.

Cela rejoint ce qu'explique Philippe Warin dans le baromètre du renoncement aux soins. Il estime qu'il y a non-recours « lorsqu'une personne ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée » et que ceci est a priori causé par les problèmes d'informations, de vides, ou de contradictions entre les textes législatifs et réglementaires. Selon l'auteur, il y a un problème d'information sur les « droits connexes liés à une prestation sociale ou un minimum social. Car en ne garantissant pas une continuité des droits, on crée des zones de non-droit. Sur un plan technique, les requêtes exploratoires le montrent : les difficultés sont dues au cloisonnement des systèmes administratifs et à la segmentation des publics qui en découle, comme ici entre CAF et CPAM »¹²⁰. Magdala par exemple déclare qu'ils ont un médecin traitant avec lequel ça se passe bien néanmoins elle ne sait pas si elle a le droit d'aller chez le dentiste, ou chez l'ophtalmologiste avec la CMU, ce qui démontre que l'orientation vers des spécialistes est inexistante. C'est la raison pour laquelle elle ne voit aucun spécialiste alors qu'elle manifeste clairement le besoin de voir un ophtalmologiste, un dentiste et un dermatologue. Elle explique : « *Il faut aller chercher l'information* », (Magdala, 52 ans, CHRS zone urbaine). Et que si son mari et elle ne posent pas la question, le médecin ne leur donnera pas l'information. Justine est dans le même cas que Magdala car en ce qui concerne la prévention elle estime qu'il n'y en a pas, il n'y a pas non plus d'information si on ne la sollicite pas : « *Quand vous posez la question, quand vous êtes à la recherche de savoir on vous le dit, le chef ici si je l'aborde il m'expliquera toujours (...) Sauf si vous ne posez pas la question on vous dira rien, c'est à vous de demander des explications sur tout* », (Justine, 52 ans, CHRS zone urbaine). Elle dit que quand elle se rend aux rendez-vous comme à La poste, c'est à ce moment qu'elle observe le fonctionnement de la structure et les services proposés et qu'elle retient comment cela fonctionne. Elle se renseigne petit à petit pour pouvoir assimiler les choses progressivement. Originnaire d'un autre pays, elle doit alors s'habituer au fonctionnement du système administratif français.

Béatrice, quant à elle, trouve que ça manque de publicité et d'information. Par exemple, elle estime que peu de gens sont au courant de l'existence des bilans de santé gratuits de la sécurité sociale. Il en est de même à l'Unité territoriale de prévention et d'action sociale, la protection maternelle et infantile fait des vaccins gratuits, sans avoir besoin d'avoir la CMU, mais les gens ne sont pas assez au courant : « *Après les gens ne sonnent pas forcément* », « *On n'est pas assez informé* », (Béatrice, 48 ans, association d'aide alimentaire).

Elle cite un autre exemple et dit que peu de personnes sont au courant qu'il y a une médiatrice santé à la mairie. Elle témoigne qu'elle a déjà dit à la mairie qu'il n'y avait pas assez d'informations et que selon elle ils devraient faire un petit carnet où toutes les informations seraient inscrites.

Un membre d'une instance de discussion pour personnes accompagnées dit qu'en structure il y a un manque d'informations évident :

120 WARIN Philippe, L'accès aux droits sociaux, op. cit., p. 103-104.

« Il n'y a pas d'information ! Les jeunes, la plupart ils savent même pas qu'ils peuvent avoir des droits, donc ils font pas leurs papiers, ils font rien (...). C'est pour ça qu'on veut développer la pair aidance, le pair aidant il en parlerait. Parce que bon aussi les travailleurs sociaux maintenant ils ont tellement d'administratif à faire ! Moi quand j'étais en structure déjà, le soir il y avait deux travailleurs sociaux, maintenant plus qu'un (...) Bah ils disent faites vos papiers faites vos papiers mais ils donnent pas d'informations. Ils disent d'aller à la CPAM, Sécu, CAF mais la plupart des structures ils ont même pas de livret d'accueil. Déjà si il y avait un livret d'accueil pour dire aux personnes où ils doivent faire tous les papiers (...). Pour la santé ils disent rien. En structure ils demandent si vous avez votre carte de Sécu et si vous en avez pas, ils disent il faut la faire. Donc vous allez à la Sécu, mais parfois pour demander des renseignements ils ont pas le temps. Il y en a qui savent même pas alors...».

« Les jeunes ça va ils s'y mettent mais ceux pour qui ça fait 30 ans qu'ils sont travailleurs sociaux, ils sont complètement débordés, ils sont arrivés à saturation, ils devraient abandonner ! Ah ouais ils sont dépassés par les événements. J'ai rien contre les travailleurs sociaux, je vous le dis tout de suite, il y en a qui sont bien et qui donnent les infos mais ils ne sont pas beaucoup. Déjà quand vous arrivez, il faudrait faire une duplication des papiers dans les structures. Quand vous rentrez dans un CHRS, vous devez remplir un dossier, vous avez votre éducateur attiré il faut remplir un dossier, pour en changer en remplir un ... les gens ils ont en ont marre ! Ça a pas changé depuis la première fois qu'ils l'ont rempli ».

« Après il y en a aussi, vous connaissez les PASS santé ? Bah les personnes ils connaissent pas (...). Un manque d'information ! La plupart des travailleurs sociaux... même moi je ne savais pas il y a 8 ans que ça existait les PASS santé alors qu'il y en a 22 dans la région ... J'étais même pas au courant, et c'est parce que justement on a été invités à une réunion à C. sur les PASS santé et on ne savait pas ce que c'était .», (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Gaëtan regrette également un manque d'information pesant et propose qu'il y ait plus de documentation pour mieux orienter les usagers :

« Oui de la documentation sur ça et tout, les rues, les adresses, des trucs pour les dentistes, un peu de tout au moins on serait ici on regarderait les prospectus vite fait et on saurait où aller, quoi faire, qui appeler tandis que là si on demande pas à eux on a rien du tout, on n'a pas d'ordi, enfin moi j' en ai un ordi mais avant j'en avais pas, en plus ils sont pas là tout le temps donc c'est chaud, le soir y'a personne, le week-end y'a personne, du coup si t'es malade du week-end ça fait t'es blasé quoi, t'es obligé d'attendre lundi », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale)

Certains bénévoles et professionnels témoignent aussi de la complexité à transmettre l'information. Une bénévole en structure d'aide alimentaire dit que les usagers ont toujours l'information s'ils la demandent :

« En règle générale, de toute façon elles ont toujours l'info. Quand on a une demande, systématiquement on sait toujours les informer. Maintenant nous on a aussi le système informatique hein, donc si on a vraiment, comme on a maintenant le système en agence, enfin dans le centre même, pour les inscriptions on peut très bien aller voir sur internet euh, si on manque d'une information quelconque. Mais ça c'est jamais, enfin pour l'instant c'est nouveau ça s'est jamais produit. J'veux dire, puis même on a un numéro de téléphone, on appelle le siège et puis c'est pareil. On a un centre qui est vraiment très bien informé donc il y a pas de souci. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Elle dit également qu'ils ont mis en place certains panneaux pour informer mais que ces derniers sont encore limités :

« On a mis un panneau avec vraiment toutes les informations sur le médical devant, enfin je veux dire le panneau extérieur. De toute façon vous pourrez le constater quand vous irez. Où moi j'ai mis toutes les informations sur le médical, c'est surtout sur l'addictologie notamment avec (une association). », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Une professionnelle d'un des CHRS estime qu'il faudrait une formation pour se mettre à jour et avoir les informations en amont car il y a beaucoup de changements dans les démarches à réaliser : *« On n'a jamais le même son de cloche » ; « Avant ou maintenant, on ne sait plus à force » ; « Ils sont au courant par hasard » ; « C'est on dit, des collègues des usagers »*, (Professionnelle du CHRS en zone urbaine). Selon elle, il serait plus judicieux d'envoyer un mail tous les mois avec les nouveautés, les changements par rapport aux démarches et que ce serait un gain de temps pour tous, notamment lorsqu'il s'agit d'une pathologie ou d'une prise en charge lourde.

Nous pouvons constater que le manque d'information touche à la fois usagers et professionnels et que sans cette dernière les dispositifs mis en place par les diverses institutions ne peuvent avoir l'effet escompté. En effet, les personnes que nous avons rencontrées déclarent en général qu'elles souhaiteraient user pleinement de leurs droits en termes de soins mais qu'elles sont malheureusement mal informées sur ce qui existe à ce sujet. De plus, lorsqu'elles se trouvent informées, elles ne savent pas réellement quelles démarches elles doivent entreprendre. En ce qui concerne les professionnels, ils déplorent eux aussi le fait qu'ils ne soient pas en mesure de combler les attentes des usagers car ils découvrent parfois en même temps que ces derniers les modalités de certaines prestations. Nous avons donc constaté un énorme manque d'informations qui représente un réel frein au recours aux soins à l'instar des complexités administratives qui elles aussi mettent en danger l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

B. Une complexité administrative persistante

Nous montrerons que la complexité administrative persistante des dossiers relevant de l'ouverture des droits ou des soins va là aussi favoriser le non-recours de certaines personnes qui, confrontées aux lourdeurs administratives ou à la barrière de langue, vont renoncer à entreprendre ce type de démarches.

1) La lourdeur administrative des dossiers

En France, les associations qui accompagnent les personnes en situation de grande précarité font le constat d'un « désengagement des services publics, une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel et de nombreuses pratiques abusives des administrations »¹²¹. Philippe Warin évoque également la responsabilité des administrations et des organismes sociaux dans l'explication du phénomène du non-recours. Il parle d'un « parcours d'accès aux droits semé d'embûches »¹²². Thierry Torche¹²³, ancien sans domicile fixe, estime que cette complexité administrative est une des causes de non-recours aux droits. Il dit : « Mais c'est dingue, on peut pas se rendre compte de la somme de démarches qu'il faut pour avoir un petit résultat de rien du tout, un résultat tout à fait normal. Être assuré social, ça me paraît normal. (...) Il manque toujours un papier et pour des gens normaux c'est déjà pénible alors pour des gens qui sont très fragilisés ou qui n'ont pas les capacités parce qu'il y en a beaucoup qui n'ont pas beaucoup été à l'école et lorsqu'ils arrivent devant une administration, c'est une grosse machine, c'est vraiment impossible ».

En effet, malgré les tentatives de simplification des dossiers de demande de droits par la CPAM, un délégué d'une instance de discussion pour les personnes accompagnées que nous avons rencontré distingue plusieurs freins. Le premier frein concerne la domiciliation, frein essentiellement rencontré par des personnes ayant connu des parcours de rue :

« Alors déjà le premier frein, c'est la domiciliation, parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne savent pas que ça existe une domiciliation, donc s'ils savent pas, quand ils reçoivent des papiers et tout ça bah ça se perd. (...) Oui parce que la domiciliation il faut avoir un lien familial dans la commune, enfin ils trouvent toujours un truc pour que vous ne puissiez pas. C'est très embêtant, c'est le début. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

La domiciliation est en effet un pré-requis pour ouvrir des droits sociaux. La loi prévoit que la déclaration d'une adresse permet d'ouvrir des droits¹²⁴. Il n'est alors pas nécessaire de pro-

121 CHAPPUIS Marielle et al., « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde », *Après-demain*, 2017, vol. 2, n° 42, NF, p. 3.

122 WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, op. cit., p. 91.

123 PICHON Pascale, TORCHE, Thierry, *S'en sortir ... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, op. cit., p. 145.

124 CHAPPUIS Marielle et al., « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde », op. cit., p. 4.

duire des pièces justificatives (justificatifs de domicile). Toutefois, la CPAM réclame parfois ces justificatifs alors que les personnes ne sont pas en capacité de les fournir.

Selon ce même délégué, la complexité des dossiers est également un frein à l'obtention de droits de santé :

« Après, il y a la complexité des dossiers, les personnes elles laissent tomber à cause de la complexité des dossiers ... Après il y a aussi des gens qui pensent que parce que c'est un droit il n'y a pas de papiers à remplir ... Donc ils font pas leur demande. (...) Parce que la CMU c'est aussi des dossiers ... J'y suis à la CMU, je dois refaire mon dossier tous les ans, et bah c'est pas triste ... Il y a 5 fois où ils vous demandent votre numéro de sécurité sociale ...(...) Si vous oubliez de faire une croix à un moment tout le dossier il revient et vous êtes obligés de recommencer ! Bon les gens ils arrêtent c'est tout .(...) Mais même les personnes qui reçoivent deux trois fois un papier au bout d'un moment, ils laissent tomber. Ils en ont marre, parfois le papier ils ouvrent même pas, parce qu'ils savent qu'il manque encore quelque chose ... », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Cette complexité des dossiers est accompagnée selon lui, d'une incapacité pour les personnes en situation de grande précarité de fournir l'ensemble des papiers demandés : *« Après, il y a aussi le problème de gens qui perdent leurs papiers, dans la rue on les perd souvent, (...)Nous, on voit bien dans nos maraudes, il y a ceux qui se font voler leurs papiers, ceux qui les perdent », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées).*

Une professionnelle du CHRS en zone urbaine explique également que certaines personnes arrivent dans cette structure sans papiers. Les travailleurs sociaux doivent donc aider la personne à refaire l'ensemble de ses papiers afin de pouvoir lui ouvrir ses droits de santé. Parfois, les personnes arrivent au CHRS sans carte d'identité, sans carte bancaire, sans déclaration d'impôts. Si elle n'est pas en mesure de fournir sa déclaration d'impôts, elle ne peut pas prétendre à la CMU. Or, elle prend l'exemple de jeunes qui n'ont jamais déclaré d'impôts seuls et qui n'ont pas de déclaration d'impôts. Ces jeunes ont également une seconde difficulté pour accéder à leurs droits : ils doivent fournir un justificatif de ressources. Cependant, lorsqu'ils n'ont jamais travaillé, ils ne sont pas en mesure de fournir ce document. Elle pointe d'ailleurs le manque de souplesse de la part de la CPAM en nous expliquant le cas d'une personne qui s'est vue refuser le renouvellement de sa CMU car il y avait une erreur dans son prénom entre celui inscrit sur son passeport et celui inscrit sur son acte de naissance.

D'après cette même professionnelle, cette difficulté est enfin partagée par les personnes issues de l'immigration. En effet, pour pouvoir bénéficier des droits de santé, les personnes issues de l'immigration doivent être en mesure de prouver qu'ils sont sur le territoire français. Pour Marielle Chappuis, c'est l'une des raisons principales du non-recours aux droits de

santé de ce public. Il ne rentre pas dans les critères d'ouverture des droits¹²⁵. Abel rencontre cette difficulté. En France depuis huit ans, il est en attente de son récépissé pour obtenir ensuite la CMU. Il refuse l'AME, estimant qu'il est en France depuis assez longtemps pour pouvoir bénéficier de la CMU. Or, il a besoin de ce document pour bénéficier de la CMU. Il nous exprime son désarroi face à sa situation, qui selon lui, n'avance pas depuis huit ans : « *Quelqu'un qui n'a pas de papier, c'est comme un oiseau qui n'a pas d'aile* », (Abel, 37 ans, CHRS zone urbaine).

La professionnelle d'une association d'accompagnement social et sanitaire partage le même constat :

« Il faut aussi reconnaître qu'en France on nous demande beaucoup beaucoup de papiers. Il faut être honnête, la CPAM, la préfecture ou quoi que ce soit , et du coup ils sont tout simplement perdus dans toute cette paperasse. Moi, la première, je peux l'être, donc je peux comprendre qu'en arrivant dans notre pays, on le soit totalement. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Elle ajoute qu'après la réalisation du dossier, l'effectivité des droits est ensuite longue, ce qui impacte également le non-recours aux droits de santé ou le recours à l'urgence pour pallier l'absence de droits ouverts :

« Quand on arrive sur le sol français, il faut déjà avoir trois mois sur le sol français pour pouvoir accéder à une carte AME par exemple, une Aide Médicale d'État. Et si ce n'est pas le cas, les gens se retrouvent face à de gros soucis parce que personne ne veut les prendre en charge. Donc si il y a une urgence, une vraie urgence, ils peuvent aller à l'hôpital ... Mais c'est compliqué aussi parce que dans les hôpitaux ils sont déjà pleins, donc on se bat un peu par rapport à ça. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Enfin, Marie pointe une autre difficulté. Suite à la perte de son emploi et de la baisse de ses ressources, Marie a demandé la CMU. Elle se trouvait en difficulté pour financer sa mutuelle (prise dans le cadre de son ancien emploi). Or, l'administration prend en compte les ressources de l'année précédant la demande. Marie avait alors son salaire comme ressource, ce qui ne lui permettait pas de bénéficier de la CMU car elle dépassait les plafonds d'obtention :

« Bah là, c'est pareil, vous êtes obligées d'attendre un an. Même quand j'avais pas de beaucoup de ressources, je payais quand même ma mutuelle. Parce que c'est toujours une année après. Par contre, quand je serai en retraite, malgré que

125 CHAPPUIS Marielle et al., Ibid., p. 3.

j'aurai ma retraite, que j'aurai plus, elle restera encore pendant une année après. Vous savez c'est toujours en décalage », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

2) La barrière de la langue

La complexité administrative peut également être induite par une mauvaise compréhension. Cette mauvaise compréhension peut être due soit à la barrière de la langue soit par l'incompréhension des termes administratifs. C'est un frein repéré notamment par le délégué d'une instance de discussion pour les personnes accompagnées : « *Et puis il y a aussi des personnes qui arrivent pas bien à s'exprimer, il y a la barrière du langage aussi maintenant, ça aussi ça freine », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées).*

Les personnes immigrées expriment toutes avoir besoin d'un accompagnement physique pour réaliser les démarches d'ouverture de droits de santé. Hawa, par exemple, est accompagnée dans ses démarches pour obtenir la CMU par une des professionnelle d'un CHRS en zone urbaine. Elle explique qu'elle ne se sent pas capable d'y aller seule car elle ne maîtrise pas la langue française. De même, Kéziah explique qu'elle fait souvent remplir ses papiers par son mari, car il maîtrise mieux la langue française qu'elle. Médecin du Monde¹²⁶ préconise le recours à un interprète professionnel. « Il s'agit d'un véritable outil d'intégration des individus et doit être réalisé par des professionnels afin d'assurer le respect des principes suivants : la restitution objective, complète et fidèle du message, la non-intervention, l'impartialité et le devoir de confidentialité (Schwarzinger 2012 ; Chambon 2016). »¹²⁷

La mauvaise compréhension des termes administratifs a été également soulevée par certains des usagers que nous avons rencontrés. Antoine avoue ne pas toujours comprendre les dossiers à réaliser et cherche de l'aide dans plusieurs services administratifs :

« Puis ça m'empêchait pas qu'il y a des trucs que je comprenais pas. J'ai essayé d'avoir, d'aller à la mairie, d'avoir une sécurité, l'assistante sociale ou un truc comme ça mais ... C'est pas l'idéal. (...) Non non, ça c'est ... Parce que c'est pas la peine de faire deux fois. Deux fois une assurance, des trucs comme ça. Euh, pfff, il y a, comme ça, autrement pfff, il y a beaucoup de gens qui se trompent comme ça parce qu'ils connaissent pas (...) On vous envoie, la Caisse primaire vous envoie un dossier, la Caisse de Sécurité sociale vous envoie un truc, et le machin des familles vous envoie un autre truc. Et d'après ce que j'ai compris les trois quart du temps tout veut dire la même chose, mais c'est pas écrit de la même façon. Alors si vous savez pas traduire, pfff, eh ! (rires) Vous êtes cuit ! », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

126 CHAPPUIS Marielle et al., Ibid., p. 4.

127 CHAPPUIS Marielle et al., Ibid., p. 4.

Ce constat est également partagé par les enquêtés, potentiels bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) étudié par Sophie Guthmuller. La barrière de langue, l'illettrisme ou « des difficultés spécifiques pour comprendre les termes techniques et le jargon administratif »¹²⁸ semblent représenter des freins à l'obtention de l'ACS.

En 2006, le groupe de travail « accès aux droits et aux soins des publics précaires » composé de dirigeants de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et de dirigeants de certaines CPAM fait émerger deux constats : le premier concerne l'information. Le facteur informationnel ne prend pas uniquement en compte le manque d'informations mais également la compréhension des dispositifs lorsqu'il y a information. En effet, si des personnes sont en situation de non-recours par non connaissance de leurs droits, certaines le sont car elles ne comprennent pas les dispositifs qui leurs délivrent ces droits. Le second constat est que le courrier de rappel des droits que la CPAM envoie après avoir détecté une situation de non-recours n'a permis de rapprocher qu'une partie infime des personnes vers leurs droits. Ainsi, les personnes en situation de non-recours, même si elles connaissent leurs droits, n'y ont pas recours car elles n'ont pas les codes nécessaires à la compréhension des démarches d'accès.

Par ailleurs, Philippe Warin relève « un manque de guidance »¹²⁹ de la part des services administratifs et sociaux. Dans son étude, Sophie Guthmuller¹³⁰ explique que certains de ces enquêtés se plaignaient d'être renvoyés d'un service à l'autre. Pour pallier cette difficulté de compréhension de la part des assurés et de les guider au mieux, la CPAM a mis en place des rendez-vous durant lesquels les assurés peuvent exposer leur situation et se faire aider dans la réalisation de leur dossier. Toutefois, les usagers que nous avons rencontrés pointent ces rendez-vous comme une difficulté supplémentaire.

Camille explique la difficulté d'avoir un rendez-vous rapidement. Cette lenteur implique que l'assuré doit avoir une situation stable. Or, comme nous l'avons vu, les personnes que nous avons rencontrées ont des parcours de vie marqués par l'instabilité :

« Bah c'est un peu long. C'est vrai que quand on a un rendez-vous, des fois on vous donne un rendez-vous 6 mois plus tard mais ... Des fois 6 mois plus tard j'avais déjà changé d'adresse (rires). Mais bon, je reprenais rendez-vous et puis ... Et puis après je sais me débrouiller quoi », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Corinne et son mari, tous deux usagers d'une association d'aide alimentaire, nous expliquent qu'il faudrait supprimer ces rendez-vous. Pour eux, les horaires d'ouverture de la CPAM correspondent à leurs horaires de travail. La prise de rendez-vous semble donc impossible. Les potentiels bénéficiaires de l'ACS étudiés par Sophie Guthmuller¹³¹ expriment également ce

128 GUTHMULLER Sophie et al., « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », Questions d'économie de la santé, 2014, n° 195, p. 4.

129 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard - Rapport d'étude, op. cit., p. 45.

130 GUTHMULLER Sophie et al., « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », op. cit., p.6.

131 GUTHMULLER Sophie et al, Ibid., p. 7.

frein : pour eux, les horaires d'ouverture de la CPAM ne sont pas adaptés aux horaires de travail.

Marie ne rencontre pas cette difficulté. Dans sa commune en zone rurale, elle bénéficie d'un service de proximité de la CPAM dans lequel elle peut se rendre sans rendez-vous si elle le souhaite :

« Voilà, sans rendez-vous. Y'a que le jeudi. Je crois. Ça fait un moment que j'y suis pas allée mais c'est le jeudi après midi qui prennent sur rendez-vous. Sinon, tous les autres jours euh.... Voilà, vous y allez matin ou après midi (...) Je remplissais, je ramenaïs. Si ça n'allait pas, elle me donnait un rendez-vous. Pi bon j'y retournaïs. Non, ça a été. Moi qui peux pas saquer les papiers. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Ainsi, les personnes en situation de précarité ont majoritairement besoin d'un accompagnement dans leurs démarches de soins. La possibilité pour Marie de se rendre directement dans un service de proximité de la CPAM lui permet de pouvoir compléter et rendre rapidement ses dossiers administratifs. Or, les services de proximité ne sont pas accessibles pour tous, ce qui pose alors la question de la dématérialisation des démarches administratives qui prend de plus en plus d'ampleur aujourd'hui.

C. La dématérialisation et la suppression des services publics de proximité

Depuis plusieurs années en France, s'est opérée une mutation des relations entre les administrations et leurs usagers. En effet, face à la suppression d'un certain nombre de services publics de proximité, notamment dans les zones rurales et à l'informatisation des démarches, les relations entre l'administration et son public ont évolué.

Dans le cadre de l'essor du numérique, les dispositifs locaux dont l'avantage était de favoriser une approche relationnelle dans les domaines relevant du social ou de la santé se sont dématérialisés¹³². Dorénavant, une partie des démarches administratives concernant l'accès aux droits se fait à travers des « sites internet, des plate-formes, des portails, des comptes numériques personnalisés et des cartes à puce »¹³³. Ces recours dématérialisés « sont désormais le passage obligé vers différents types de prestations, dont certaines dépendent des services sociaux et requièrent une exploitation de données à caractère personnel »¹³⁴. Le recours aux services en ligne est aujourd'hui une nécessité pour l'ensemble des usagers :

« Après il y a les freins aussi, maintenant ça se passe de plus en plus sur internet, il y a des gens qui n'ont pas accès à internet. Internet c'est pareil, vous tapez votre machin et après ça marche pas, et bah tant pis c'est tout, les gens (...). Maintenant

132 KOUBI Geneviève, « Services en ligne et droits sociaux », Informations sociales, 2013, vol.4,n°178,p.45.

133 KOUBI Geneviève, Ibid., p. 45.

134 KOUBI Geneviève, Ibid., p. 45.

tout se fait sur internet et les personnes même en CHRS n'ont pas accès à internet. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

L'informatisation des démarches, souvent mise en évidence lors de nos entretiens, apparaît être un frein important pour les individus à accéder à certains services. Si l'univers numérique s'est démocratisé, pour les individus vivant dans des conditions de vie précaires, l'accès à un téléphone, à un ordinateur et à internet peut être très difficile. Dans le cadre des parcours de rue et des hébergements en structure, l'accès à internet est en effet assez limité. Même si les centres d'hébergement rencontrés essaient de mettre le plus régulièrement possible à disposition un ordinateur pour les personnes qui y vivent, cet accès reste restreint. De plus, un certain nombre de personnes, dont le recours à internet est rare, n'a pas été socialisé à ce type de pratiques et rencontre des difficultés à utiliser cet outil :

« Je suis opératrice FSL, je rempli des dossiers CMU tous les jours, des dossiers CAF, parce que les gens n'ont pas accès à internet, ou c'est limité ... Ils n'ont pas non plus toujours les compétences informatiques pour le faire. Ils peuvent pas imprimer ... », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

La difficulté à entreprendre des démarches administratives à travers internet, qu'elle relève de l'accès ou de l'utilisation, semble davantage toucher les individus âgés de plus de 50 ans. Ces personnes n'ont généralement pas été habituées à l'usage du numérique et vont être confrontées à une barrière administrative importante. En effet, par exemple, alors qu'Élise dispose d'un logement personnel depuis quelques mois, elle n'a néanmoins pas accès à un réseau internet. Ainsi, lors de ses recherches d'emploi et bien que l'organisme qu'elle fréquente mette à disposition des ordinateurs, elle rencontre de nombreuses difficultés à utiliser correctement les services en ligne :

« On se rend directement à l'ANPE (...). Ils donnent un code confidentiel et on doit se servir d'internet. (...) Oui mais y'a un problème, je ne connais pas. Je connais pas avec internet, j'ai ma fille qui a internet mais j'ose pas trop lui demander », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale)

C'est aussi le cas de Jannot et Paul qui expriment d'une part une méconnaissance du fonctionnement, mais aussi une méfiance vis-à-vis de ce type de pratiques. En effet, Paul explique ne pas désirer entreprendre de démarches sur internet, de peur que plusieurs individus aient accès à des informations le concernant. De ce fait, il privilégie des déplacements à pied ou en transports en commun afin de remettre ses dossiers en main propre. Néanmoins, si Paul est une personne très mobile, ce n'est pas le cas d'une majorité des individus que nous avons rencontrés :

« J'ai pas internet, mais je peux le demander ici, et puis moi je sais marcher. On fait à l'ancienne méthode. Moi j'en fais pas des dossiers par internet, j'ai pas confiance. Mais je dis pas que je sais pas me servir d'internet, j'ai eu mon diplôme d'informatique en 2015. Mais je sais plus m'en servir, bah non mais c'est ça quand on utilise plus un outil. », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale)

« J'ai pas d'ordinateur et je ne sais pas m'en servir, je n'ai pas l'internet... c'est ce que je dis toujours, il faudrait m'apprendre. Je vais voir des gens qui me le font »,
(Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale)

Néanmoins, cet accès à internet semble nettement moins problématique chez les jeunes. En effet, les personnes âgées de moins de 40 ans n'évoquent que très rarement des difficultés à utiliser ou à recourir aux services numériques. C'est notamment le cas de Gaëtan et Simon qui expliquent se rendre sur internet régulièrement pour rechercher des informations concernant divers démarches ou dispositifs de soins. En effet, Simon, qui suit un traitement de substitution aux opiacés depuis plusieurs années, s'était à l'époque rendu sur internet afin de consulter la liste des pharmacies autorisées à délivrer des traitements méthadone. Gaëtan quant à lui, indique s'être beaucoup référé à internet lors de son arrivée au CHRS. Dans la mesure où il ne connaissait pas la commune ni les praticiens de santé qui y exercent, il s'est renseigné grâce à son ordinateur :

« Moi j'ai un ordi, mais avant j'en avais pas. Je tape le nom de la ville, le médecin et tout, et n'importe quelle recherche je la fais pas ordinateur, je vais jamais comme ça tout seul, parce que je galère, je me retrouve dans des villes chelou, un vieux village en plus, ils parlent tous bizarre ici en patois. Et pour comprendre c'est la misère », (Gaëtan, 27 ans, CHRS zone rurale)

L'informatisation des démarches, des services mais aussi des renseignements concernant l'emplacement des professionnels de santé peut donc être un frein pour certains enquêtés, plus âgés, alors qu'il est un moyen pour les plus jeunes. Néanmoins, de manière générale, cette simplification administrative et ce processus de dématérialisation du service public sont à l'origine d'une bureaucratisation du travail social et du découragement des personnes bénéficiaires. Ces démarches semblent inadaptées aux fonctionnements et aux modes de vie de ces individus. L'attente et la complexité induites par ces nouvelles logiques favorisent l'essoufflement auprès des professionnels et vont susciter l'abandon des démarches pour les usagers¹³⁵. Le manque de liens physiques ou téléphoniques entre administrations et personnes qui recourent à un droit ou prestation peuvent provoquer un renoncement de certains soins : *« Il n'y a plus la compréhension d'un cerveau bien fait. »*, (Professionnelle du CHRS en zone urbaine).

Dans la même logique que celle de la suppression des services de proximité comme la CPAM ou la CAF, le principe central « d'aller vers »¹³⁶, notamment dans le cadre des visites à domicile (VAD), est de moins en moins encouragé, privilégiant ainsi le principe de « pas de demande, pas d'aide »¹³⁷. Ce type de dispositif semblait pourtant être un moyen de lutte important contre l'invisibilité, en favorisant notamment le contact entre travailleurs sociaux et usagers. L'éloignement des institutions plonge les individus dans la solitude et l'isolement

135 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 16.

136 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 16.

137 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 16.

privé, notamment pour ceux qui ne disposent pas d'une voiture, d'un téléphone portable ou d'un ordinateur¹³⁸.

Enfin, si le maillage de territoire est assez développé en milieu urbain, le contexte de dématérialisation des services publics va favoriser la perte de liens entre les professionnels de l'action sociale. Le multiplication des dispositifs d'aide et le foisonnement associatif contribuent à l'illisibilité et à la segmentation des interventions, et invisibilise donc certaines situations¹³⁹. Ces difficultés ont notamment été évoquées lors de notre entretien avec la responsable d'un centre de soins situé en zone urbaine. Cette dernière explique en effet être par moment confrontée à une méconnaissance de certains services ou structures, tant ils sont divers et variés : « *Il y a tellement d'associations sur la ville que même moi je m'y perds ! Je ne connais pas toutes les associations, tous les jours j'en découvre, allez peut-être 5-6 ! Il y en a énormément c'est incroyable* », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1).

La dématérialisation des démarches et la suppression des services de proximité ont donc pour les plus âgés un impact négatif sur le recours aux droits et aux soins, dans la mesure où ces derniers ne disposent pas nécessairement d'un accès internet ou de compétences suffisantes pour l'utiliser. De manière différenciée, le renoncement aux soins va aussi être favorisé par d'autres facteurs comme par exemple le sentiment de stigmatisation que les individus ont intériorisé au cours de leur vie.

D. Intériorisation d'un stigmat

De manière générale, recourir aux aides sociales et de surcroît aux soins peut-être complexe pour les personnes en situation de précarité. Ces personnes vont en effet avoir tendance à intérioriser un stigmat, souvent renvoyé par les divers professionnels rencontrés dans le cadre d'un accompagnement social. Ce sentiment de dévalorisation peut être réaffirmé lorsque la personne fait appel aux circuits de l'assistance. Le recours à l'assistance implique, pour les personnes en situation de précarité un « statut social dévalorisé : elle concrétise la dépendance et donc l'infériorité sociale et renforce par là même leur discrédit. Le stigmat qui pèse sur eux altère leur identité et marque l'ensemble de leurs relations avec autrui »¹⁴⁰. Serge Paugam¹⁴¹ distingue trois stades dans la relation avec le système de protection et d'aide sociale des personnes en situation de précarité : la fragilité (qui correspond à la fréquentation des structures assistantielles de manière ponctuelle), la « dépendance à l'égard des travailleurs sociaux » et « la rupture sociale ». L'identité de l'individu doit alors s'adapter, changer pour résister au stigmat dont il est victime.

138 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 8.

139 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 9.

140 PAUGAM, La disqualification sociale, cité dans PARIZOT Isabelle, Ibid., p. 35.

141 PARIZOT Isabelle, Ibid., p. 35.

Certaines personnes en situation de pauvreté ont mentionné qu'il est effectivement difficile d'utiliser certaines ressources, comme les banques alimentaires, tant ces structures renvoient un sentiment de honte et une perte de fierté¹⁴². Dans ce cadre, les plus démunis vont potentiellement se détourner des aides sociales, ou attendre un certain temps avant d'y avoir recours, de peur d'être étiquetés. Le passage à cette situation d'assistance va donc être difficile à surmonter pour les individus, qui intériorisent un sentiment de honte et de stigmatisation¹⁴³. Qu'il s'agisse du domaine social ou du domaine médical, recourir à certaines aides et dispositifs à destination directe des personnes les plus précaires peut donc être une source d'inquiétude et favoriser le renoncement aux droits et aux soins pour ces mêmes individus.

C'est notamment le cas de Marie, qui ressent une certaine gêne à être affiliée à la CMU-C, tout comme elle ressent une certaine honte à fréquenter l'association d'aide alimentaire de sa commune. En raison de sa situation financière parfois compliquée, elle s'y rend depuis deux ans tous les quinze jours, mais cela reste difficile malgré l'habitude et la régularité de cette démarche :

« Bon, j'y vais parce que voilà... C'est pas... C'est un peu gênant quoi. Donc je fais le tour et je m'en vais. C'est pas un milieu idéal. C'est pas ce qu'il y a de mieux pour soi quoi. C'est vrai que quand on va là, c'est vraiment que... Je suis pas toute seule, c'est pas de la fierté, c'est pas ça. C'est plus gênant quoi. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

En effet, être en situation de demande peut être une première barrière parfois compliquée à franchir pour les individus. Le recours à certains droits sociaux va donc être limité par un sentiment de peur et de honte susceptible d'être développé par ces derniers. Le ressenti provoqué par la demande et le recours à des aides spécifiques a largement été évoqué par les professionnels que nous avons eu l'occasion de rencontrer :

« Il y a des personnes qui n'osent pas. C'est très compliqué de dire "j'ai faim, j'ai pas assez de sous pour m'acheter à manger". C'est vraiment compliqué ! C'est comme quand j'entends des choses parfois comme "oh mais mendier, c'est facile", mais moi je ne trouve pas ça si facile de mendier ! D'aller dans la rue et de tendre la main... ? Je pense pas que je serai capable de le faire, il faut un sacré courage ! Donc il y a des personnes qui n'osent pas demander un jean, ou tout simplement une boîte de thon. Et je pense que ce n'est pas si facile. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Les administrations n'ont pas réussi à dépasser une approche en terme de programmes dirigés vers des populations cibles. Ce type de pratiques va avoir tendance à enfermer les plus démunis au sein de dispositifs toujours plus spécifiques, et à leur assigner un « statut de

142 LOIGNON Christine, BOYER Sophie et al., Projet EQUISanTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins, février 2015, p. 12.

143 PAGES Alexandre, La pauvreté en milieu rural, op. cit., p. 135-136.

pauvre »¹⁴⁴ qui légitime les situations d'exclusion¹⁴⁵. Si ces services continuent à se développer à travers notamment les droits et structures spécifiquement dédiés aux populations vulnérables ou encore les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), cette ambiguïté va favoriser la pérennisation des situations d'assistance et va limiter les possibilités de retour au régime commun. Toutes ces politiques publiques vont participer à véhiculer une image négative des « assistés », qui vont avoir tendance à adopter un comportement de rejet et une réticence à l'intrusion des services sociaux dans leur vie privée. Le sentiment d'être assigné à une identité d'assisté va favoriser le non-recours de la part des revenus modestes à certaines aides comme le RSA notamment¹⁴⁶.

Ainsi, de la même manière que pour les droits et minima-sociaux, le recours aux soins peut être ébranlé par l'intériorisation d'un stigmatisme et d'une perte de confiance des individus les plus précaires. Qu'il s'agisse des professionnels ou des personnes accompagnées dans le cadre d'une association d'aide alimentaire ou d'un CHRS, la peur de la stigmatisation itinérante à une visite médicale a été évoquée à de multiples reprises :

« Et après les personnes aussi elles vont pas chez le médecin parce qu'elles ont honte. Surtout les personnes à la rue, elles ont honte (...). Bah ils sont mélangés aux autres personnes en fait et ils ont peur d'être regardés d'une manière bizarre, et puis ils sentent pas trop la rose, mais c'est pas de leur faute ils sont à la rue ! Donc il y a une honte aussi, un retrait et une peur de se présenter devant un médecin pour quelqu'un. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

« Il y a les personnes qui bah... se sont tellement dévalorisées, n'ont pas de confiance en elles, comme j'expliquais tout à l'heure, et qui se disent, bah pourquoi faire ? Ne serait-ce qu'aller chez le dentiste ou chez le médecin parce qu'ils ont de la fièvre pour X raisons, non, ils n'ont pas les moyens. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Le renoncement aux soins peut aussi être favorisé par une perte d'estime de soi. Il serait ainsi important d'instaurer une relation de confiance entre les professionnels de santé et les personnes vivant en situation précaire. En effet, « les expériences négatives passées et l'entretien de préjugés alimentent parfois les craintes et la méfiance de l'un envers l'autre. Toutefois, même si une relation de confiance existe, la honte que vivent les personnes en situation de pauvreté peut-être tellement forte qu'elles préféreront se taire plutôt que de confier leur situation à un professionnel de santé »¹⁴⁷. Afin de pallier ce type de facteur de renoncement aux soins, les professionnels rencontrés mettent en évidence l'importance de travailler sur la notion de confiance et d'estime de soi avec les personnes accompagnées :

144 DUVOUX Nicolas, Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques, op.cit., p.34.

145 DUVOUX Nicolas, Ibid., p. 34.

146 DUVOUX Nicolas, Ibid., p. 78.

147 LOIGNON Christine, BOYER Sophie et al., Projet EQUISanTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins, op. cit., p. 16.

« Après je pense aussi qu'il y a l'image. On travaille beaucoup l'estime de soi. Là encore dernièrement (une des professionnelles) a fait un atelier esthétique donc elle a emmené certains hébergés dans un lycée professionnel d'esthétique pour faire des soins donc ils voient le fait de s'entretenir. Le bien-être on voit qu'à la fin de leur accompagnement, il y a une reprise en main de leur estime, de leur hygiène », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Ce sentiment de honte peut concerner divers éléments, à l'instar d'Ivana et Kéziah qui ont longtemps renoncé à se soigner parce qu'elles ne parlaient pas la langue française et ressentaient une certaine peur à l'idée d'être confrontées à un professionnel de santé ; ou encore Jannot, qui accepte difficilement la dégradation de sa situation sociale et financière depuis plusieurs années : *« Je suis plus comme avant, je sais pas. Je me sens, comment dirais-je, honteux de ce qui m'est arrivé. Pour moi c'est un échec. », (Jannot, 55 ans, CHRS zone rurale).*

Enfin, le renoncement aux soins est aussi induit par la volonté de protéger son image et une certaine peur chez les bénéficiaires de connaître des situations de refus de la part des professionnels de santé. Ces peurs sont parfois fondées sur de mauvaises expériences, qui agissent comme « des barrières symboliques, quand par exemple une personne appréhende d'être mal accueillie par un professionnel de santé, crainte souvent fondée sur des expériences antérieures avérées »¹⁴⁸. Dans ce contexte, certaines personnes vont refuser d'être bénéficiaires de couvertures maladies, ou vont être freinées dans leurs démarches de soins. Cet élément est notamment visible à travers le discours de Marie, qui a longtemps ressenti une certaine frustration à être assimilée à un statut particulier en raison de son affiliation à la CMU-C :

« J'avais peur au début. C'est vrai que bon au début, de dire qu'on est à la CMU, ça me dégoûtait. Ça me dégoûtait. Et puis après, bah non. Parce que souvent quand vous allez voir des spécialistes, si vous avez le CMU, il faut le dire tout de suite. Vous savez pour les papiers, ils regardent avec votre carte (...). Parce que les gens ils disent quand vous êtes à la CMU, ouais ça travaille pas, ça fait rien, nous faut payer, eux ils ont tout pour rien ... Voilà, alors c'est ça qui dégoûte. Et pour ainsi dire c'est vrai que ça me dégoûtait... mais je dis pas à tout le monde que je suis à la CMU. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Nous l'avons largement évoqué, le non-recours à certains droits et à certains soins est fréquent. Certains professionnels et personnes accompagnées expriment en effet la complexité qu'ils rencontrent à accepter de visibiliser certaines situations. La perte de confiance et d'estime de soi ainsi que l'appréhension à l'idée d'être mal ou non considéré par les professionnels de santé vont participer à l'intériorisation d'un stigmatisme et par conséquent favoriser le renoncement aux soins et aux droits de santé des personnes en grande précarité. Ainsi, « désirer être invisible peut alors indiquer une issue désespérée au stigmatisme

148 DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », op.cit., p. 81.

de la honte qui expose une vie négativement, en fait une vie de quasi-rien aux yeux des autres, devant être justifiée ou faire l'objet d'un soin »¹⁴⁹.

Nous l'avons montré, divers facteurs concourent au renoncement des ou de certains soins pour les personnes les plus précaires. Ce non-recours est en effet favorisé par le manque d'informations disponibles pour les usagers ou encore les complexités administratives dont font l'objet certains dossiers. De plus la dématérialisation et la suppression des services publics de proximité peut complexifier les démarches de soins pour les plus âgés. Enfin, face à ces diverses contraintes, les individus vont intérioriser un sentiment de stigmatisation qui va lui aussi favoriser un renoncement à certains soins.

III. Des contraintes liées aux professionnels de santé

Dans le cadre des démarches de soins, les personnes en situation de précarité vont aussi être confrontées à diverses contraintes liées aux professionnels de santé. Ces individus vont en effet connaître des difficultés d'accès à certains médecins ou encore des refus de la part de ces derniers à traiter des patients bénéficiaires de la CMU-C, provoquant ainsi un renoncement des soins les plus spécialisés. Nous montrerons aussi que la distanciation qui s'exerce entre les professionnels de santé et les patients est une contrainte considérable dans ce recours. Certains enquêtés vont en effet évoquer certains diagnostics hâtifs les concernant ou encore de mauvaises prescriptions ainsi que l'absence régulière de confiance et de communication qu'ils ont avec les médecins. L'invisibilité de leurs conditions de vie peut aussi être fréquente dans le regard que les professionnels de santé portent sur eux. Enfin, certaines personnes ont connu de mauvaises expériences, et s'inscrivent depuis dans une forme de non-recours aux soins exacerbée.

A. L'accès aux soins est-il régi par les professionnels de santé ?

Nous l'avons montré précédemment, si le recours aux soins et l'importance qui lui est donnée peut varier selon les individus rencontrés, les consultations médicales auprès de spécialistes restent limitées. En effet, les « renoncements aux soins concernent en premier lieu les soins dentaires (déclarés par 7,3%) et les lunettes et les lentilles (4,4%), mais aussi pour une part importante les soins de spécialistes (8,4%) et les médicaments (3,3%) »¹⁵⁰. Dans ce cadre, il est possible de mettre en évidence de multiples facteurs explicatifs au renoncement aux soins des personnes les plus précaires.

149 LE BLANC Guillaume, L'invisibilité sociale, op. cit., p. 60.

150 GUTHMULLER Sophie et al., « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », op. cit., p. 4.

1) Les difficultés d'accès aux soins : un renoncement aux soins spécialisés chez les personnes rencontrées

Tout d'abord, nous pouvons considérer que la première cause du renoncement aux soins auprès de spécialistes est la difficulté d'accès à laquelle les individus sont confrontés. La complexité dans l'accès aux soins est notamment observable dans le cadre des soins spécialisés dentaires et ophtalmologiques. En effet, « le renoncement-barrière concerne le plus souvent un soin spécifique. Les travaux statistiques (Desprès et al., 2011) montrent qu'il se porte majoritairement sur les soins dentaires et optiques mal pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Cependant il peut toucher plus globalement l'ensemble des soins »¹⁵¹.

Ainsi, comme nous l'avons expliqué, le non-recours des individus aux spécialistes de santé peut être volontaire ou encore subi. Dans ce renoncement-barrière, l'individu est contraint de ne pas satisfaire des besoins en termes de soins, mais il relève tout de même d'un choix de la part de ces personnes, qui restent actrices de leur propre situation¹⁵². Le fait de ne pas consulter de spécialistes peut être un choix, mais il est plus généralement induit par des difficultés d'accès aux soins favorisant un certain découragement.

L'accès aux spécialistes de santé apparaît donc comme complexe pour les usagers, qui, dans le cadre de leur assurance maladie vont faire appel à des services publics où les délais sont souvent longs avant d'obtenir un rendez-vous médical. Ces individus vont être confrontés aux ressources limitées du système de santé, et vont par exemple, si leur demande de rendez-vous dans une clinique se solde par un échec, être dans l'obligation de se rendre au sein des services d'urgence¹⁵³. Dès lors, les délais d'attente vont être à l'origine d'une aggravation des conditions de santé des individus, qui seront donc contraints de recourir aux soins dans l'urgence. Il a notamment été mis en évidence que « pour les membres des équipes de soins, le fait de posséder des assurances médicales privées garantit une certaine accessibilité aux soins et un rétablissement plus rapide »¹⁵⁴.

Les délais d'attente vont donc être à l'origine d'un découragement de la part des individus, qui face à cette difficulté d'accès aux soins, vont avoir tendance à renoncer à consulter certains spécialistes. Ainsi, « l'indisponibilité des professionnels proposant des délais de rendez-vous très éloignés dans le temps explique parfois que la démarche de soins soit abandonnée. Les refus auxquels sont parfois confrontés les bénéficiaires de la CMU-C quand ils sollicitent un rendez-vous en consultation participent de cette forme de renoncement »¹⁵⁵.

Ce type de renoncement a été évoqué à plusieurs reprises dans le cadre de notre recherche. Alors qu'une partie non négligeable de la population d'enquête s'inscrit dans une tendance

151 DESPRES Caroline, « Signification du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », op. cit., p. 81.

152 DESPRES Caroline, Ibid., p. 85.

153 LOIGNON Christine, BOYER Sophie et al., Projet EQUISanTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins, op. cit., p. 25.

154 LOIGNON Christine, BOYER Sophie et al., Ibid., p. 25.

155 DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », op. cit., p. 80.

de recours aux soins en situation d'urgence, ces délais d'attente vont favoriser le renoncement aux soins ainsi que la formation de problématiques de santé qui se dégradent. Dans la mesure où la prévention concernant les soins dentaires et optiques reste faible, les individus vont avoir tendance à consulter un médecin lorsqu'ils sont face à une maladie ou une situation gênante ; la prise en charge tardive après qu'ils aient émis la demande de soins va donc être davantage préjudiciable aux personnes en situation précaire : « *Des rendez-vous trop longs, dentistes, ophtalmo etc... Les prise de rendez-vous c'est trop long !* », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées).

2) Le refus des médecins à traiter les bénéficiaires des assurances maladie CMU-C et AME

La difficulté d'accès aux spécialités a généralement été évoquée, dans la cadre d'un refus de la part des médecins, d'une part de traiter de nouveaux patients, et d'autre part de recevoir des personnes affiliées à la CMU-C ou à l'AME. En effet, qu'il s'agisse des professionnels ou des personnes accompagnées, nos enquêtés ont souvent été confrontés à un refus de prise en charge lors de la prise de rendez-vous téléphonique :

« Il y a aussi les personnes, quand vous prenez rendez-vous et que vous dites que vous avez la CMU, et bah les médecins ils refusent... Si vous avez la CMU, tous les médecins ils vous prennent pas. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

« Bah là l'ophtalmo il m'a dit qu'il prenait pas de nouveaux patients », (Paul, 52 ans, CHRS zone rurale)

« Le problème c'est que comme partout les médecins ne veulent plus reprendre de nouveaux patients donc c'est un peu délicat. Bon après il y a quand même une maison médicale... »

« Oui mais c'est pareil, ils commencent à ne plus prendre », (Professionnelles du CHRS en zone rurale)

Lors de notre rencontre avec divers professionnels du CHRS situé en zone urbaine, il a rapidement été mis en évidence les cas de refus de la part des praticiens, qu'ils supposent plus particulièrement en lien avec la dimension financière et économique. Lorsque nous nous sommes entretenues plus individuellement avec une des professionnelles, cette dernière a aussi mis en évidence une certaine méconnaissance de la part des médecins ou des pharmaciens relative au fonctionnement des dispositifs CMU-C et AME. Cette dernière explique notamment avoir déjà été confrontée lors d'un appel auprès d'un dentiste à la question suivante « le patient est-il à la CMU ou a-t-il une mutuelle ? ». Dans la mesure où le patient en question était affilié à la CMU-C, le dentiste a déclaré être complet. Cette professionnelle considère que ces pratiques sont aussi présentes chez les gynécologues et les ORL. Enfin, dans le cadre d'un suivi qu'elle a mené auprès d'un jeune d'origine étrangère, elle a aussi constaté une certaine méconnaissance des pharmaciens, concernant l'AME, ces derniers

pensant que cette aide n'était destinée qu'aux hospitalisations : « Ils ont peur de pas être payés », (Professionnelle du CHRS en zone urbaine). Face à ces discours, il semble pertinent de se pencher sur les facteurs qui motivent le refus des médecins, et plus particulièrement des spécialistes à prendre en charge des patients CMU-C.

Ainsi, si l'on s'intéresse à l'étude menée par Caroline Desprès en 2010, « La couverture maladie, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard des bénéficiaires », dont l'objet est l'analyse des refus de soins par le biais d'appels téléphoniques auprès de médecins généralistes et spécialistes conventionnés du secteur 1 et 2¹⁵⁶, et d'entretiens avec divers professionnels de santé, il est possible de mettre en évidence divers facteurs de refus.

Tout d'abord, l'étude démontre que le taux de refus est nettement plus fort chez les médecins conventionnés de secteur 2. Dans ce cadre, c'est la logique économique qui détermine le refus de prise en charge. En effet, les médecins conventionnés de secteur 2, ne sont pas autorisés à appliquer le principe de dépassement d'honoraires auprès des personnes bénéficiaires de la CMU-C. Les médecins expriment donc une appréhension à l'idée que leur chiffre d'affaire soit touché par une trop forte présence de patients affiliés à cette couverture maladie. C'est notamment le cas des chirurgiens dentistes, dont une majorité estime que recevoir des bénéficiaires CMU-C est une potentielle perte de revenus¹⁵⁷. Les professionnels et personnes accompagnées que nous avons eu l'occasion de rencontrer ont eux aussi été confrontés à un refus particulièrement présent chez les dentistes, en zone rurale comme en zone urbaine. En effet, l'entretien mené auprès de deux conseillères en économie sociale et familiale met en évidence la difficulté pour les personnes hébergées à recourir aux soins dentaires. Cette problématique a aussi été évoquée lors de notre rencontre avec la responsable d'un des centres de soins de la commune du territoire Flandres. S'ils ont réussi à mettre en place un vaste réseau de médecins généralistes bénévoles, ou de médecins acceptant de prendre en charge des patients CMU-C, ce n'est pas le cas auprès des dentistes, réticents à l'idée d'avoir une patientèle affiliée à cette couverture maladie. Ces difficultés peuvent aussi être mises en évidence s'agissant des laboratoires d'analyse et des cabinets radiologiques :

« Par exemple le dentiste c'est quelque chose... Moi je vois ici, j'ai du mal. De un parce que les praticiens ont des a priori sur les bénéficiaires de la CMU donc il y a peu de praticiens qui veulent bien les prendre. Pour les avoirs, c'est compliqué. »,
(Professionnelle du CHRS en zone rurale)

« Ensuite ce qui est très compliqué comme je vous l'ai dit tout à l'heure, c'est tout ce qui est dentaire, tout ce qui est spécialité en fait. On a du mal à trouver des bénévoles. Les dentistes ne veulent pas faire de bénévolat... ou c'est très rare ! Donc voilà nos difficultés elles sont là en fait. Dès qu'il y a des spécialités c'est compliqué, ou dès qu'il y a des analyses, échographies, IRM, c'est très très compliqué

156 Le médecin du secteur 2, à l'inverse de celui du secteur 1, est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires.

157 DESPRES Caroline, « La couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », Pratiques et Organisation des Soins, 2010, vol. 41, n°1, p. 37.

parce que c'est très très cher. Donc voilà, notre limite elle est là. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Un constat ressort donc auprès des dentistes, et notamment lors de la pose de prothèses dentaires puisque le montant remboursable mis à disposition du patient est jugé insuffisant par ces professionnels¹⁵⁸. C'est notamment ce qu'évoque Ivana, qui s'est heurtée au refus de son dentiste de lui poser un appareil dentaire, parce qu'il ne serait pas selon lui pris en charge par sa couverture maladie.

C'est donc avant tout une logique économique qui anime le refus de certains praticiens à prendre en charge ces personnes. Néanmoins, les représentations communes de ces professionnels de santé vont aussi jouer un rôle important dans ce processus. En effet, toujours selon l'étude menée par Caroline Desprès et citée précédemment¹⁵⁹, les praticiens ont tendance à dénoncer une forme d'illégitimité des patients à être prestataires de la CMU-C. Dans ce cadre, les publics que nous avons rencontrés, parfois qualifiés de travailleurs pauvres ne seraient pas pour ces médecins légitimes à disposer de cette prestation et feraient « l'objet d'une fraude de grande ampleur »¹⁶⁰. Enfin, les médecins expriment aussi une réticence à l'égard de la totale gratuité des dépenses de santé, sans contrepartie, qui pourrait selon eux favoriser une surconsommation des soins¹⁶¹.

Le refus de soins et les difficultés d'accès aux services de santé vont être accompagnés d'une forte distanciation de la part des médecins envers les patients. Cette logique est une contrainte considérable dans le recours aux soins des individus.

B. La distance entre professionnels de santé et patients

Comme le soulignent plusieurs auteurs, « la notion de renoncement (...) reflète un écart entre les attentes envers le système de soins et les soins effectivement reçus »¹⁶². Lorsque les personnes que nous avons rencontrées évoquent leurs relations avec les professionnels de santé (bien souvent les médecins généralistes et traitants, car ils restent les « premiers recours »¹⁶³), leurs témoignages révèlent une certaine distance entre elles et ces professionnels, pouvant créer des freins aux recours aux soins.

158 DESPRES Caroline, Ibid., p. 36.

159 DESPRES Caroline, Ibid., p. 41.

160 DESPRES Caroline, Ibid., p. 40.

161 DESPRES Caroline, Ibid., p. 40.

162 GUTHMULLER Sophie, JUSOT Florence, WITTEWER Jérôme, « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », op. cit., p. 4.

163 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard – Rapport d'étude, op. cit., p. 46. La notion de « premiers recours » concerne « des structures ou des intervenants du système de soins assurant le premier contact du parcours de soins, autour de quatre missions essentielles, notamment pour les plus démunis : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social; l'éducation pour la santé », citation de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire d'Alma Alta en 1978.

1) De diagnostics hâtifs aux mauvaises prescriptions

Philippe Warin constate qu'« assez souvent les enquêtés reprochent aux médecins généralistes de faire le minimum »¹⁶⁴. Si les personnes rencontrées ne l'évoquent pas de cette manière, nous constatons, lorsqu'elles témoignent de leurs relations avec leur médecin, que celles-ci restent bien souvent cantonnées à la prescription de médicaments. Une recherche nommée « Projet équisanté », sur « les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins » revient largement sur ces problèmes de manque de temps lors des consultations : « Le manque de temps à accorder aux patients engendre plusieurs limitations pour les membres des équipes de soins et ne leur permet pas de mieux connaître la situation de leurs patients, de transmettre toute l'information nécessaire aux patients en s'assurant de sa compréhension, de procéder à une bonne évaluation clinique ou de remplir efficacement les formulaires et autres demandes administratives »¹⁶⁵. Ce manque de temps « les limite (aussi) dans leurs interventions préventives »¹⁶⁶. Ce problème est notamment évoqué par une des bénévoles de l'association d'aide alimentaire au sein de laquelle nous avons mené notre étude. Étant également la référente santé de l'association, elle est amenée à en discuter avec les personnes :

« Oui parce qu'en fait le domaine médical c'est ... Alors, c'est pas bien ce que je vais vous dire mais tant pis je le dis. Il y a dans le domaine médical des personnes qui sont euh ... Comment dire, conciliantes, qui ont de la patience, qui vont discuter calmement, posément, qui vont pas chercher plus, qui acceptent euh ... La discrétion mais aussi ce que les personnes souhaitent. Et par contre il y a d'autres personnes dans le médical qui sont euh ... Pas du tout comme ça. Qui ... Qui ne supportent rien. Donc la difficulté est de trouver des bonnes personnes (...) Parce qu'après aussi il y a une question de rapidité, de voilà, certains médecins n'ont pas le temps. Faut aller vite. Or ces gens là n'ont pas, ont plus de temps, ont beaucoup de temps même. Donc c'est incompatible. Donc ils ont besoin d'avoir des personnes qui les écoutent », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Camille, une jeune habitante du CHRS situé en zone rurale, a surtout été en contact avec des psychologues mais n'a jamais vraiment apprécié :

« Et quand je sens que la personne en face de moi ... C'est tout elle a rendez-vous de 16h à 17h avec moi, elle écoute euh, basta au revoir à la prochaine. Il y a pas de ... Après je suis d'accord c'est son travail, ça je suis d'accord. Mais pas de cette manière là », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Ce manque de temps n'est pas anodin et peut avoir des conséquences sur le diagnostic qui sera posé, comme l'explique encore le rapport du « Projet équisanté » : « le médecin risque de poser

164 WARIN Philippe, Ibid., p. 46.

165 LOIGNON Christine et al., Projet EQUISANTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins, op. cit., p. 24.

166 LOIGNON Christine et al., Ibid., p. 24.

un diagnostic avant d'avoir une connaissance globale du patient, dont sa situation psychosociale »¹⁶⁷.

Les faits les plus fréquents qui nous sont parvenus concernent la prescription de médicaments. En effet, très souvent, les médecins paraissent prescrire des médicaments qui ne sont pas remboursés, ce qui représente un frein considérable pour les personnes qui n'ont donc pas les moyens de se les procurer. Ivana et Magdala, habitantes du CHRS en zone rurale expliquent que leurs médecins ne font pas toujours attention à l'éventuel remboursement des médicaments. Comme elles n'ont que peu de ressources, il leur est parfois difficile d'acheter des médicaments non remboursés. Elles y renoncent donc. Nadine, Béatrice, Vanessa et Marie, bénéficiaires de l'association d'aide alimentaire, font le même constat. Elles essaient donc ensuite de se renseigner sur l'existence d'éventuels génériques :

« Le médecin prescrit des médicaments non remboursés, alors je prends rien » ; « Il sait qu'on peut pas payer et il nous donne des médicaments qu'on peut pas payer », (Vanessa, 45 ans, association d'aide alimentaire).

« Bah souvent, je demande. Voilà, je demande un médicament (...) Mais si j'y vais, admettons que je suis malade, que j'ai autre chose, je lui dis au médecin que il me met des médicaments que je suis remboursée. Ça arrive que y'a des moments, ils savent pas tout non plus. Ils savent pas si ... Ou alors quand vous allez à la pharmacie maintenant, ils vous le disent "c'est pas remboursé" ou "c'est remboursé". Donc en fonction du prix, si c'est trop cher, je le prends pas. (...) Alors quand je vais à la pharmacie, si il me dit c'est pas remboursé, je demande le prix. Et si c'est trop cher et bah nan je le prends pas. Tant pis. Et puis, ça va quand même. (rires) Façon, y'a pas le choix. », (Marie, 60 ans, association d'aide alimentaire)

Magdala devrait également suivre un régime alimentaire conseillé par son médecin, mais cela lui est impossible : *« les aliments bons pour nous c'est trop cher, et puis on sait pas », (Magdala, 52 ans, CHRS zone urbaine).*

Elle lui a fait part de ce problème mais ce dernier lui a répondu qu'il ne pouvait rien faire.

La question des régimes alimentaires est également un problème courant. Comme le précise le « Projet équisanté », les personnes savent souvent ce qu'est une bonne alimentation, mais ne peuvent pas y parvenir avec les moyens qu'elles ont. « Elles ont les connaissances et l'intelligence afin de suivre ces recommandations, mais leurs conditions de vie sont des grands obstacles et leurs expériences de vie peuvent les amener à faire d'autres choix »¹⁶⁸. Alors elles s'adaptent. Antoine, par exemple, a appris à décrypter les étiquettes des aliments afin de savoir ce qu'il a le droit de manger malgré son diabète.

167 LOIGNON Christine et al., Ibid., p. 21.

168 LOIGNON Christine et al., Ibid., p. 21.

Tous ces témoignages révèlent « l'incompatibilité de certaines recommandations des professionnels avec (les) réalités (des personnes) »¹⁶⁹. Ceci peut être dû, en partie, au manque de communication et de relation de confiance entre les professionnels de santé et leurs patients.

2) L'absence d'une relation de confiance

Philippe Warin le précise encore, « bien souvent les relations aux médecins vont au-delà de la prise en charge de la maladie. Ces “relations aidantes” paraissent d’autant plus importantes qu’elles constituent à l’évidence un atout majeur pour agir sur les situations de renoncement »¹⁷⁰. Une meilleure communication, permettrait aux professionnels d'établir une relation de confiance avec leurs patients. Ces derniers se sentiraient peut-être plus à l'aise pour évoquer au mieux leurs divers soucis. Camille par exemple, comme nous l'avons évoqué précédemment, a été amenée, tout au long du parcours de santé qu'elle a vécu jusqu'à aujourd'hui à fréquenter divers psychologues. Cependant, elle n'a jamais réussi à se livrer à eux sur ses soucis :

« Bah, je sais pas comment vous expliquer en fait, j'ai l'impression de ... C'est comme si je parlais à un mur en fait. Je sais pas comment vous expliquer (rires). C'est comme vous voyez dans les films, “oui... oui ... très bien ... oui ... je vous écoute ... ”(rires). Bah là j'avais un psy qui parlait avec moi, mais ... Il y a pas le, en fait on dirait que c'est pas sincère, tu sais au niveau de la personne qui est en face de toi, elle te pose des questions pour savoir ta vie, mais en fait on dirait que derrière elle s'en fout complètement, c'est juste son travail et ... Tu sens que c'est pas, que c'est pas sincère, que ... C'est pas évident d'étaler sa vie en fait ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Ce témoignage met en évidence une impression de désintérêt de la part des médecins quant aux problèmes des personnes. De même, Antoine, lors de notre rencontre, évoque certains de ses rendez-vous médicaux durant lesquels, comme l'exprimait Camille, il note le peu d'attention que paraissent avoir les professionnels de santé : « *Tous les cinq six mois par exemple je suis convoqué à C. pour aller passer une visite médicale. Bah à chaque fois vous avez les mêmes questions, “vous avez quoi exactement ?”. Je dis c'est marqué là (rires). Alors, diabète, “aaah oui”... », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale).*

Comme le démontre le « Projet équisanté », les personnes en situation de pauvreté qui ont participé au projet expriment le fait que, pour elles, « les médecins ont développé peu de capacités interpersonnelles lors de leur formation ». Elles évoquent également une « froideur » courante des médecins. La barrière du vocabulaire, le « langage médical » utilisé ainsi que la difficulté à comprendre les explications » peuvent également être un frein à la relation de confiance entre les professionnels de santé et leur patients¹⁷¹.

169 LOIGNON Christine et al., Ibid., p. 7.

170 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard – Rapport d'étude, op. cit., p. 46.

171 LOIGNON Christine et al., Projet EQUISANTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins, op. cit., p. 15.

A ces deux premiers problèmes sources de distance entre les professionnels de santé et les personnes en situation de grande précarité s'ajoute un troisième, non sans lien ; l'invisibilité courante des conditions de vie des personnes, ainsi que de leurs besoins.

3) Les conditions de vie invisibles

Une nouvelle fois, le rapport rédigé, entre autres par Philippe Warin, le révèle, vis-à-vis des médecins traitants, les enquêtés « considèrent que leurs besoins de soins ne sont pas suffisamment pris en compte. Ces personnes souvent regrettent, sinon reprochent, aux médecins de moins, voire de ne plus considérer leurs maux dans leur globalité pour s'en tenir en priorité aux symptômes. En clair, les consultations et les prescriptions leur paraissent insuffisantes. Ces personnes signifient ainsi que les médecins ne leur apportent pas l'attention, voire des conseils sinon des soutiens, qui pourraient agir sur les facteurs d'activation du renoncement »¹⁷². Le « Projet équisanté » fait également le constat d'une méconnaissance courante par les professionnels de santé des conditions de vie et de la réalité vécue par les personnes. Ces conditions de vie « font en sorte qu'elles sont plus à risque d'être atteintes de maladies chroniques, d'avoir des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, d'alcoolisme ou d'isolement »¹⁷³. Ces problèmes, lorsqu'ils sont effectivement présents, devraient être traités non sans prendre en compte ces conditions de vie, ces dernières pouvant expliquer des fragilités, des prises de décisions. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, les personnes vont être amenées à faire des choix, mettant parfois en jeu leur santé. Les exemples des médicaments non remboursés ou encore des prescriptions pour un régime alimentaire particulier sont ici représentatifs. Le « Projet équisanté » révèle effectivement des moments d'incompréhension des médecins face à certains choix de leurs patients : « Chacun fait des choix différents et a des priorités différentes, ce qui amène de l'incompréhension et du jugement de part et d'autre si on ne comprend pas la logique de l'autre »¹⁷⁴. L'incompréhension d'un professionnel face à des personnes qui continuent de s'acheter des cigarettes malgré leur situation financière et de santé, est citée.

En outre, il paraît important pour les personnes, et notamment pour qu'elles aient de meilleures chances de recourir aux soins, que les professionnels de santé accordent de l'importance à visibiliser leurs récits. En effet, Guillaume Le Blanc, dans un ouvrage sur l'invisibilité sociale, explique que ces personnes ne sont pas sans voix, ni sans récit, mais que ceux-ci sont invisibilisés. On retrouve alors ceci dans le rapport entretenu avec les professionnels de santé. Les personnes vont peu se confier sur leurs réels soucis et besoins, non pas parce qu'ils sont inexistantes, mais parce qu'ils sont invisibilisés du fait du manque d'espace accordé à leur parole. « L'invisibilité se creuse dans la raréfaction des récits, qui contribue à la déshumanisation. (...) Certaines voix s'imposent plus que d'autres, et donc se légitiment. Les autres récits existent mais ne sont que peu visibles, médiatisés. (...) Le crescendo dans l'invisibilité sociale se conjugue avec le decrescendo de la por-

172 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard – Rapport d'étude, op. cit., p. 47.

173 LOIGNON Christine et al., Projet EQUISANTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins, op. cit., p. 9.

174 LOIGNON Christine et al., Ibid., p. 19.

tée narrative des vies rendues de plus en plus invisibles »¹⁷⁵. « Il ne faut donc pas concevoir la vie invisible comme une vie privée de récit mais comme une vie dont le récit, soit n'est pas auditionné, soit devient une preuve supplémentaire de la disqualification du récitant, soit enfin ne parvient pas à se dégager comme récit propre »¹⁷⁶.

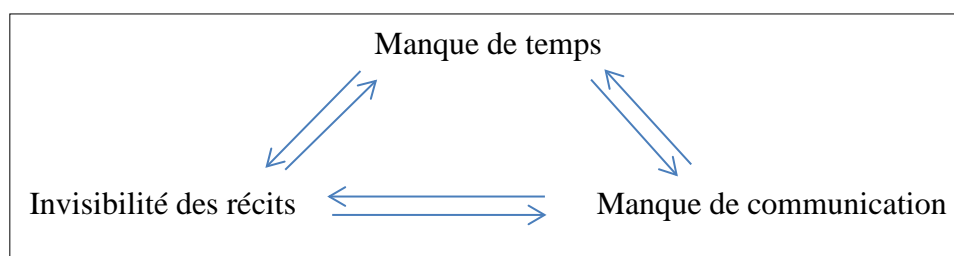
Camille, lorsqu'elle évoque encore ses rendez-vous chez la psychologue exprime le fait que cette dernière ne la comprenne pas, et qu'elle ait donc du mal à se livrer :

« Bah la femme elle est gentille hein, l'infirmière en elle-même tout ça. C'est pas le fait de gentille ou pas gentille, c'est ... Tu sens que quelque part elle s'en fout un peu de ta vie quoi. C'est son travail, elle est là pour t'écouter mais ... qu'elle arrive pas à comprendre ce que toi tu vis, et que dans tous les cas elle pourra jamais comprendre et ... C'est ... Je sais pas (...) C'est ben bonjour, je suis psychologue, j'aimerais savoir un peu votre vie parlez moi de vous. Vous avez tellement vécu de trucs que vous voulez dire quoi en premier ? Vous allez dire bonjour je m'appelle machin j'ai tel âge, mais après ? Vous allez dire quoi ? Vous allez parler de votre mère qui vous a frappé, ou ... Vous voulez parler de quoi en premier vous voyez ce que je veux dire ? C'est ... Vous connaissez pas la personne en face de vous, comment vous voulez lui raconter ? », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Le paradoxe exprimé par Barel et repris par Gabriel Gatti revient sur cette invisibilité également : « L'invisibilité sociale est d'abord une manière de désigner le fait qu'une partie de la réalité sociale se laisse mal apercevoir, décrire, analyser, interpréter, alors que par ailleurs s'impose l'impression qu'il est impossible de tenir cette partie pour négligeable »¹⁷⁷.

Cette réalité sociale représente ici l'état de santé, les récits de vie des personnes en situation de grande précarité que nous avons rencontrées, ainsi que leurs difficultés et besoins. Comme l'évoque le paradoxe de Barel, tout ceci est bien souvent mal appréhendé et analysé par les professionnels de santé, et est donc rendu invisible.

Ces trois facteurs de renoncement aux soins en lien avec les relations que les personnes peuvent avoir avec les professionnels de santé sont importants et sont liés entre eux.



175 LE BLANC Guillaume, L'invisibilité sociale, op. cit., 2009, p. 41.

176 LE BLANC Guillaume, Ibid., p. 42.

177 GATTI Gabriel, « Le parasite et le social invisible, acteur et territoire des astuces sociales et sociologiques », op. cit., p. 5.

C. Des mauvaises expériences vécues

Comme nous venons de le voir, différents facteurs intervenant dans les relations entre le professionnel de santé et ses patients peuvent participer au renoncement aux soins des personnes. De surcroît, ces relations, lorsqu'elles se passent mal, peuvent engendrer de mauvaises expériences et dissuader définitivement les personnes de recourir aux soins. Corinne par exemple, explique qu'elle ne va pas voir les spécialistes. Le dentiste est notamment cité, elle précise directement qu'elle ne supporte pas d'y aller. Elle a vécu plus jeune une mauvaise expérience et est convaincue qu'elle n'y retournera pas. Elle préfère passer par une opération pour soigner ses dents, ce qu'elle a d'ailleurs prévu pour la fin de l'année. De même, Camille explique que, suite à diverses mauvaises expériences, elle ne veut plus retourner consulter de professionnels de santé :

« C'est que quand t'as vécu, par exemple, un rendez-vous chez le docteur, mais que t'en a vécu quatre différents mais quatre qui se passaient mal, après tu te dis, ouais, nan en fait. Je sais comment ils sont. Tu vois, c'est un exemple. Chaque situation tu l'as vécue plusieurs fois elle s'est répétée comme ça plusieurs fois », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Peu après, durant l'entretien, elle revient sur une expérience traumatisante qu'elle a vécue deux ans auparavant, aux environs de dix-huit ans, avec un gynécologue des urgences :

« Une fois, j'avais été, parce qu'en fait j'ai des douleurs de règles, catastrophiques, mais vraiment catastrophiques. Et bah avant j'avais un implant donc en fait j'avais des hémorragies tout ça. C'était vraiment très chaud (rires). Et du coup, j'avais dû aller aux urgences parce que j'avais vraiment très mal au ventre, ça passait pas, ça faisait 15 jours, c'est compliqué. (...) J'ai attendu toute la journée pour passer, je suis passée au soir. Il restait plus qu'un homme, docteur de garde ... Mauvais souvenir hein ... Un grand monsieur (...) Il me dit bah madame, on y va, on va passer dans le cabinet et tout. Et puis j'avais mes règles à ce moment là. (...) Et il me dit bah madame vous avez déjà eu des rapports ? Je lui dis bah oui. (...) Du coup en fait, si j'avais pas eu de rapport il m'aurait fait le gel là sur le ventre. Comme j'avais eu des rapports il devait m'examiner ... (fait un geste pour exprimer le fait qu'il allait l'examiner de l'intérieur). (...) Alors il me dit quoi, il me dit madame ôtez votre culotte tout ça. Je dis bah pourquoi? Et puis il m'envoyait chier, mais comme une merde, pas possible hein. Il dit (...) dans tous les cas, si vous voulez pas c'est tout vous rentrez chez vous j'ai pas que ça à faire quoi. Et puis j'avais mal au ventre, j'étais tendue, et puis du coup je dis écoutez monsieur, moi je vous connais pas. Certes vous êtes docteur, chirurgien, ce que vous voulez, moi je vous connais pas. Je me vois pas me mettre nue devant vous en ayant mes règles et me faire examiner comme ça, par des touchés comme ça, je dis nan c'est pas possible quoi. Il me dit oui bah moi c'est tout c'est comme ça. Il me dit de toute façon vous avez déjà eu des rapports, alors pourquoi vous acceptez pas que je vous fasse ça ? Je vous jure que c'est vrai il m'a dit ça comme ça. (...) En plus il m'avait mis un cathéter. La femme en plus, j'étais assise comme ça, (...) Elle essayait de m'enlever le cathéter mais je crois qu'elle était stagiaire je vous jure. Elle commence à tirer dessus,

tirer dessus, tirer dessus. Et puis il y avait plein de sang et tout qui sortait du cathéter, mais pas possible. (...) J'ai le respect, je suis polie (...). Au bout d'un moment je peux plus (...). Je suis partie sans rien. Sans médicament, sans ordonnance, sans rien », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Cette expérience l'a définitivement persuadée de ne plus aller aux urgences :

« Je suis plus retournée aux urgences hein. Deuxième fois j'ai encore eu des hémorragies, j'avais mal au ventre, mais comme pas possible pas possible. Parce que j'avais remis un deuxième implant, pas possible. J'étais hébergée chez une femme tout ça. Elle me dit tu veux que je t'emmène aux urgences ? Parce que là quand même si t'es comme ça, faut faire quelque chose, c'est pas toutes les filles qui ont des règles comme ça quoi. J'dis c'est même pas la peine, j'ai pas oublié. Nan nan, je dis oublie ça. Au pire donne moi un spasfon, un doliprane, ce que tu veux mais ... », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Ce témoignage révèle bien l'importance qu'ont les professionnels de santé ainsi que leurs pratiques dans le vécu des personnes et leur rapport aux soins. Cependant, comme nous avons pu le préciser précédemment, Camille a dans son passé vécu des expériences familiales douloureuses qui peuvent avoir un impact sur sa façon de percevoir son corps et les soins qui doivent lui être portés. Une meilleure communication du médecin, une meilleure façon d'expliquer le déroulement de la consultation et une meilleure appréhension de son vécu ainsi que de ses conditions de vie et ses besoins auraient, selon son témoignage, peut-être favorisé les relations entre eux. Camille n'était pas habituée à ces consultations. Si ce professionnel de santé l'avait su, cela lui aurait peut-être permis d'adapter ses pratiques. Comme le montre encore ce témoignage, c'est suite à diverses mauvaises expériences que Camille a beaucoup de méfiance envers le corps médical. Caroline Desprès, dans un de ses textes, lorsqu'elle retrace le parcours de soin de Mireille constate également que pour cette dernière, une expérience l'a amenée à trouver un médecin mauvais, et « c'est (ensuite) la médecine entière qui (a été) jugée inefficace ce qui contribue à une mise à distance du système de soin »¹⁷⁸.

L'ensemble de ces éléments démontre bien que les professionnels de santé ont un rôle non négligeable dans le renoncement ou le recours aux soins. Les difficultés de prise de rendez-vous, ainsi que la distance qui s'installe entre les médecins et les patients pourraient créer un manque de communication et inciter les personnes à renoncer aux soins.

Le non-recours aux soins est donc d'une part induit par les parcours des individus eux-mêmes. En effet, la majorité de nos enquêtés s'inscrit dans des parcours d'instabilité. Ces personnes vont donc connaître une période de stabilisation nécessaire à toute démarche de soins et vont avoir tendance à consulter un professionnel de santé seulement en cas d'urgence. Néanmoins, les enfants font exception à cette règle puisque leurs parents accor-

178 DESPREZ Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », op. cit., p. 11.

dent une grande importance à leur santé, et ce, quelque soit leurs conditions de vie. Le non-recours aux soins est également induit par les institutions elles-mêmes puisque le réel manque d'informations, la grande complexité administrative ou encore la dématérialisation des services vont être des facteurs de renoncement aux soins non négligeables. Enfin, ces individus vont avoir tendance à intérioriser un sentiment de stigmatisation, qui est souvent le résultat de difficultés d'accès aux soins ou de refus de prise en charge de la part des médecins en raison de leur affiliation à la couverture maladie CMU-C. Les professionnels de santé vont en effet mettre en place une distance considérable avec les usagers, qui vont connaître de mauvaises expériences de soins favorisant le renoncement. Face à ces nombreuses difficultés, nous allons maintenant nous intéresser au rôle et aux difficultés que les professionnels du social perçoivent ou vivent dans le recours aux soins des personnes en situation de grande précarité.

TROISIEME PARTIE : L'ACCES AUX DROITS DE SANTE : LES LEVIERS D'ACTION ET LEURS LIMITES

Les personnes en situation de grande précarité peuvent donc se retrouver face à de nombreuses difficultés pouvant entraîner un renoncement aux soins. Malgré cela, elles sont, pour la plupart, aujourd'hui accompagnées par diverses structures (CHRS, associations d'aide alimentaire, structures d'accompagnement sanitaire et social, etc). Ces accompagnements se révèlent être pour elles de réels soutiens, et peuvent également leur permettre de réenclencher des démarches de soins. Nous verrons donc, dans un premier temps, comment se dessinent ces accompagnements afin de mieux comprendre l'impact que peuvent avoir les professionnels dans le retour vers des démarches de soins. Dans un second temps nous aborderons les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les professionnels du social ainsi que les bénévoles des structures enquêtées. Enfin, nous élargirons notre réflexion en évoquant quelques dispositifs mis en place aujourd'hui dans le but d'améliorer le recours aux soins des personnes en situation de grande précarité.

I. L'accompagnement social : une approche globale à l'origine de diverses pratiques

L'enquête a révélé la place importante que tiennent les professionnels du social ainsi que les bénévoles des structures rencontrées dans le recours aux soins des personnes en situation de grande précarité. Comme nous l'avons exposé jusqu'à présent, ces personnes sont nombreuses à se trouver dans diverses formes de renoncements aux soins. Cependant, nous avons également constaté que le travail mené par les professionnels et bénévoles a un réel impact et permet souvent aux individus de réenclencher, durant leur parcours au sein de ces structures, des démarches de soins. Nous nous sommes alors intéressées à cet accompagnement ainsi qu'aux dimensions et pratiques qu'il renferme. Nous verrons donc tout d'abord que cet accompagnement est avant tout, global. Nous aborderons ensuite l'importance que revêt la relation de confiance qui est entretenue entre les professionnels et les personnes accompagnées. Puis, nous nous intéresserons aux pratiques que mettent en œuvre les professionnels pour pallier certaines difficultés rencontrées dans le cadre de leur accompagnement. Difficultés qui seront présentées par la suite.

A. Une prise en charge globale et individualisée

Selon Pascal Noblet, la démarche d'accompagnement renferme différentes dimensions¹⁷⁹ parmi lesquelles se trouvent « l'approche globale de la personne »¹⁸⁰, « l'inscription

179 NOBLET cité dans OUTIN Jean-Luc, « L'accompagnement : des interventions à la pratique », in LAFORE Robert, Refonder les solidarités. Les associations au cœur de la protection sociale, Paris : Dunod, 2010, p. 247.

180 NOBLET cité dans OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 247.

dans un parcours »¹⁸¹, « la formalisation des actions à engager dans un document contractuel »¹⁸² ainsi que « l'implication du bénéficiaire »¹⁸³.

L'approche globale permet, dans un premier temps, aux professionnels du social de pouvoir aborder l'intégralité des problèmes rencontrés par les personnes qu'ils accompagnent. Ces problèmes peuvent être causés par différents facteurs, et interagissent souvent entre eux¹⁸⁴. Certains des professionnels, lors de nos entretiens, évoquent cette multiplicité des problèmes :

« Au vu maintenant des problématiques de plus en plus multiples, bah on met beaucoup plus de temps, d'une part parce qu'il y a beaucoup qui n'ont pas accès aux droits, à leur ressources, donc il faut travailler sur ça aussi, ensuite il faut travailler une épargne pour pouvoir les reloger et ensuite il faut trouver le logement qui correspond à leurs possibilités financières, leur demande de typologie et autres. Donc ça devient un peu plus compliqué. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

« Mais après il faut accepter aussi qu'il faut du temps. Et puis là aussi il faut, il faut accepter aussi que les problématiques de santé souvent se cumulent à des tas d'autres problématiques, donc c'est beaucoup plus complexe que ... La personne elle a une bronchite mais en même temps elle a un problème d'alcoolisation massive et en même temps elle a peut être une pathologie aussi et en même temps elle a, voilà », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2)

Favoriser l'approche globale permet alors d'« éviter toute stigmatisation ou prise en charge partielle »¹⁸⁵, et « implique d'appréhender les appréciations subjectives des bénéficiaires »¹⁸⁶.

Dans le cadre de l'accompagnement, et notamment lors des premières entrevues entre le professionnel du social et la personne qu'il accompagne, un Projet Personnel Individualisé (PPI) est mis en place. Selon les problèmes identifiés par les deux acteurs (professionnel et personne accompagnée), ils définissent des étapes qui devront être réalisées dans le cadre du parcours de la personne afin d'améliorer sa situation. Comme l'explique l'une des professionnelles rencontrées, lors de ce travail, la santé entre souvent en ligne de compte :

« Nous ça fait partie intégrante du projet qu'on a avec eux (le fait de parler de l'accès aux soins), c'est-à-dire qu'on formalise un PPI, Projet individuel personnalisé. Le premier PPI retrace tout ce qui est administratif, est ce qu'il y a la CMU, la carte d'identité etc ... Les freins rencontrés, ce que nous on pourrait leur conseiller,

181 NOBLET cité dans OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 247.

182 NOBLET cité dans OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 247.

183 NOBLET cité dans OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 247.

184 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 34.

185 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 33.

186 OUTIN Jean-Luc, « L'accompagnement : des interventions à la pratique », op. cit. p. 249.

ce qu'ils ont envie de faire comme démarche. Nous on essaie plus ou moins de donner des petites échéances, de même pour l'emploi, pour la famille, pour les loisirs et pour le budget, et le logement à la fin. Ça nous permet de le revoir, de faire des constats, bah tiens on avait prévu ça, vous n'y avez pas été, comment ça se fait ? », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Cet accompagnement est différent dans la structure d'aide alimentaire au sein de laquelle nous avons mené notre enquête. Contrairement aux CHRS, l'accompagnement social n'y est pas la priorité (celle-ci étant avant tout la distribution de colis). Néanmoins, les responsables et bénévoles qui s'y engagent tiennent également à pouvoir aider, conseiller et soutenir les personnes bénéficiaires lorsqu'elles en ont besoin. Pour cela, la bénévole que nous avons rencontrée nous explique qu'ils peuvent intervenir dans tous les domaines :

« Il y a aussi le domaine des aides. Les aides pour le domaine juridique, le domaine médical euh. Il y a une population qui est tellement variée que ... On peut aussi aider les enfants pour l'aide scolaire, ça peut être les voyages, ça peut être les cadeaux de Noël, ça peut être euh ... vraiment pas mal de choses. Ce n'est plus que de l'alimentaire comme il y a quelques années, maintenant c'est vraiment développé sur beaucoup d'aides possibles. », (Bénévole d'une structure d'aide alimentaire)

Pour aider et conseiller au mieux les personnes, ils ont un « book » leur permettant de trouver au mieux les réponses à chaque problème :

« On a quand même un book, qui est quand même très important, qui est très enrichi sur toutes les adresses, les numéros de téléphone, les personnes demandées par rapport aux cas différents (...) Justement on est là pour ça. On doit savoir et comme je vous l'ai dit on a un book gros comme ça, avec toutes les aides possibles, avec les noms des personnes, leur numéro de téléphone et leur adresse justement pour pouvoir guider ces personnes. Savoir exactement où elles peuvent se renseigner. Ou si vraiment elles ne peuvent pas, à ce moment là nous, passer par, voilà et essayer de les aider par ce biais là. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Les entretiens nous démontrent effectivement la présence d'un accompagnement souvent global. Comme l'explique Philippe Warin, « l'assistance, aujourd'hui, ne consiste pas simplement à ouvrir des droits, mais à agir en priorité sur tous les obstacles qui entravent leur mise en œuvre concrète »¹⁸⁷. Ivana, par exemple, le précise : « C'est pas que les papiers » (Ivana, 29 ans, CHRS zone urbaine).

Malgré tout, c'est souvent, dans un premier temps, sur des difficultés administratives, notamment concernant la santé, qu'agissent les professionnels du social :

« Euh, plusieurs fois on me l'a coupé hein (la CMU). Un moment donné j'ai même cru que je l'aurais plus. Heureusement ici ils se sont occupés de ça parce que autrement ... Ici j'ai reçu ma carte d'invalidité pour, à autant de pourcent pour des

187 WARIN Philippe, « L'action sur le non-recours devant des résistances du travail social », Revue française des affaires sociales, 2014, vol. 1, n°1-2, p. 66.

soins tout ça. Avant j'avais pas tout ça hein. C'est grâce à ici que je suis arrivé à avoir pas mal de choses hein. »

« Bah maintenant quand j'ai un problème administratif ou un truc, je vais voir J., je vais voir L. ou Mme T. la directrice, je vais voir ma curatelle, et puis je dis voilà, il y a un truc, qu'est ce que je fais moi. Eh, je suis pas une lumière hein (rires). », (Antoine, 60 ans, CHRS zone rurale)

« Beaucoup n'ont plus accès aux droits médicaux ouverts... donc ça c'est un des premiers axes qu'on travaille. Et ensuite nous on les oriente selon leur besoin vers des partenaires médicaux. »

« On fait un état des lieux de ce qui est ouvert en matière de droits et nous notre travail ensuite ça va être de très rapidement voilà, ouvrir tous les droits dont ils peuvent bénéficier. Vérifier qu'il y a un médecin traitant, les orienter si besoin, vérifier qu'il y a la CMU », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Ces constats reviennent régulièrement dans les témoignages des habitants des CHRS. Ils mettent en évidence le rôle d'intermédiaires que peuvent avoir les professionnels du social entre les personnes qu'ils accompagnent et les administrations. Comme l'expliquent certains professionnels du CHRS situé en zone urbaine, il y a une barrière entre le public et ces administrations. Ils doivent donc les accompagner pour qu'ils récupèrent la confiance qu'ils ont perdue. Ils précisent encore que les personnes « se prennent souvent des portes » car elles ne savent pas toujours suffisamment s'exprimer. Ils sont donc présents pour améliorer ce lien. Les professionnels du social pourraient alors s'apparenter à « des instances intermédiaires, des regroupements qui constitueraient des sortes de relais à la parole des personnes »¹⁸⁸.

Outre ce rôle d'intermédiaires dans les démarches de soins, les professionnels du social et bénévoles mettent parfois eux-mêmes en place des actions en lien avec la santé :

« On a fait le choix aussi de mener des actions de santé, mais qu'on rend obligatoires. C'est-à-dire qu'on estime qu'un public qui est précarisé, fragilisé, qui arrive chez nous, c'est bien qu'il ait l'information. Donc ça fait partie entre guillemets du processus de réinsertion sociale, du processus de divers projets. Donc comme ça ils ont l'information, ils viennent. Bon on essaie de rendre ça agréable, avec le petit café, les petits gâteaux, ils savent que ... », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

L'association d'aide alimentaire rencontrée, quant à elle, aimerait mettre en place ces actions. En attendant que cela soit réalisable, ils insistent surtout sur l'information :

« On a mis un panneau avec vraiment toutes les informations sur le médical devant, enfin je veux dire le panneau extérieur. De toute façon vous pourrez le constater quand vous irez. Où moi j'ai mis toutes les informations sur le médical,

188 ROY Shirley, « L'itinérance : visibilité et inexistance sociale », op. cit., p. 113.

c'est surtout sur l'addictologie notamment », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Pour que l'accompagnement puisse être global et régler au mieux les problèmes rencontrés par les personnes, l'intervention devrait, selon Jean-Luc Outin, être personnalisée¹⁸⁹, souple et ponctuelle¹⁹⁰. Ceci permettrait de s'adapter et de répondre au mieux aux soucis et besoins des personnes. Pour cela, Jean-Luc Outin précise également qu'il faudrait que « la relation d'aide » place l'individu en position d'acteur pour qu'il soit « en mesure de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet de vie »¹⁹¹ et donc se trouver dans une « posture volontariste »¹⁹². Francie Megevand précise que l'accompagnement consisterait alors à « cheminer à côté »¹⁹³ de la personne. Les professionnels du CHRS situé en zone urbaine, à ce titre, nous précisent que, pour eux, quelque soit la problématique, ils ne font rien sans la volonté des personnes, même s'il faut parfois « pousser à ».

Comme nous l'avons évoqué précédemment, et comme le précise encore Philippe Warin, « l'action sociale ne se limite plus à ouvrir des droits à partir d'un besoin bien cerné et d'une demande précise »¹⁹⁴. Cependant, « les personnes les plus en difficulté ne demandent rien et leur souffrance est d'autant plus importante qu'elle est invisible. Pour avoir une réelle action sur un territoire, il est essentiel de se donner les moyens d'aller au-devant des personnes qui ne demandent rien et de leur proposer une prise en charge, même en l'absence de demande de leur part »¹⁹⁵. Il y a donc tout un travail « d'adaptation » et « d'aller vers » à mener pour que les personnes acceptent de se livrer sur l'entièreté de leurs problèmes et puissent ensuite les régler. Une des professionnelles rencontrées revient sur l'importance de ce travail :

« Il y avait là aussi un non-recours aux soins parce que si on attend que la personne elle aille au CMP ou à son rendez-vous bah on peut encore attendre longtemps donc il y a quand même là aussi une démarche d'aller vers. J pense que ça c'est une clef si on veut ... Si on veut vraiment être euh ... Répondre. Après il y a aussi l'adaptation de la réponse qu'on veut apporter. Parce qu'on parle par exemple de la prévention qui est quand même un parent pauvre parmi cette population mais là aussi euh, enfin, quelle prévention, avec quels outils, et puis comment on l'adapte », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2)

Tout ce travail d'accompagnement mené par les professionnels du social demande du temps et souvent de l'engagement de leur part. Il nécessite également l'instauration d'une relation de confiance entre eux et les personnes qu'ils accompagnent.

189 OUTIN Jean-Luc, « L'accompagnement : des interventions à la pratique », op. cit., p. 248.

190 OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 245.

191 OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 247.

192 OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 247.

193 MEGEVAND Francie, « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », in BALLAIN René, GLASMAN Dominique, RAYMOND Roland (dir.), Entre protection et compassion, Grenoble : PUG, 2005, p. 189.

194 OUTIN Jean-Luc, « L'accompagnement : des interventions à la pratique », op. cit., p. 71.

195 MAESTRACCI Nicole, « Le malaise du travail social », op. cit., p. 610.

B. Une relation de confiance indispensable

Comme le précise Francie Megevand, accompagner relève souvent d'une « éthique de la présence »¹⁹⁶. En effet, plusieurs témoignages reviennent sur la présence et la disponibilité importante des professionnels du social ; en voici un exemple : « *Tu vois parce que c'est encadré tu vois, tu sais que s'il y arrive un truc t'appelle les éducateurs, dix minutes après ils sont là* », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale).

L'une des professionnelles rencontrées précise également que l'investissement est important dans leur travail :

« Enfin si on veut que les personnes accèdent aux droits il faut aussi accepter qu'il faut aussi s'investir entre guillemets et ça, ça prend du temps, et ça demande des moyens humains. »

« Donc c'est vrai que le constat il reste quand même toujours le même. C'est que c'est une population où il faut vraiment être très euh ... militant entre guillemets pour les amener aux soins. Si on est dans une attitude passive de, voilà on a, il y a eu aussi par exemple des évolutions par rapport à la psychiatrie, aujourd'hui avec les équipes mobiles qui se déplacent etc. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2)

Cet investissement est d'autant plus important qu'il est nécessaire pour instaurer une relation de confiance avec les personnes accompagnées, ce qui demande du temps. De plus, comme il a été évoqué précédemment, les personnes bénéficient souvent peu d'aide ou de réseaux sociaux extérieurs à la structure au sein de laquelle ils vivent, ou qu'ils fréquentent. Comme l'explique Francie Megevand, « l'accompagnement est une protection et une aide qui vient suppléer à des relations et des ressources personnelles défaillantes »¹⁹⁷. Il est donc important d'« assurer une présence non pas amicale ou affectueuse, mais une présence qui assure le caractère humain (...) de la personne “désocialisée” »¹⁹⁸.

Effectivement, de nombreux entretiens ont mis en évidence l'importance que peut avoir la relation de confiance et d'écoute, et finalement une proximité entre les professionnels du social et les personnes qu'ils accompagnent, notamment pour évoquer leurs divers problèmes :

« Ça me fait du bien d'être encadrée aussi, un petit peu. Je me dis si un jour il m'arrive un truc, que j'ai quoi que ce soit qui va pas, je peux aller voir une éducatrice. J'ai quelqu'un quand même sur qui m'appuyer si j'ai quoi que ce soit quoi. »

« (Les rendez-vous) c'est pour savoir si tout va bien en général, si on a de l'aide pour les papiers, si on a des besoins, si on est en galère de quelque chose ou ... Bah après je sais que le jour où je veux leur en parler on va prendre un rendez-vous et

196 MEGEVAND Francie, « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », op. cit., p. 190.

197 MEGEVAND Francie, Ibid., p. 191.

198 MEGEVAND Francie, Ibid., p. 190.

elles vont parler avec moi, elles vont m'écouter quoi. », (Camille, 20 ans, CHRS zone rurale)

Kéziah, quant à elle, explique que sa référente est une personne avec laquelle elle peut pleurer. Ivana également explique que les professionnels sont disponibles pour discuter quand ça ne va pas, pour donner des conseils. Il peuvent parfois même manger avec eux.

Cette relation est importante car elle permet aux personnes, lorsqu'elles en ont besoin, de se livrer sur leurs difficultés. De ce fait, l'accompagnement peut avancer davantage : *« Je pense que le fait qu'on mette tout de suite les personnes en confiance, qu'ils voient qu'on les respecte, ça c'est important pour eux aussi. Et je pense que c'est important dans leur accompagnement », (Professionnelle du CHRS en zone rurale).*

Cette relation de confiance ainsi que l'écoute dont font bénéficier les professionnels du social aux personnes qu'ils accompagnent leur permet également de pouvoir évoquer la question de la santé. Une des professionnelles du CHRS situé en zone urbaine évoque en effet que si elle n'arrive pas toujours à discuter de la santé avec les personnes, cela arrive néanmoins plus tard, lorsque la relation de confiance est instaurée.

Cette dernière n'est d'ailleurs pas mise en place de la même manière dans l'association d'aide alimentaire que dans les CHRS. Au sein de ces derniers, il y a une approche individuelle importante. Chaque personne, à son arrivée, se voit attribuer un professionnel du social qui sera son référent et qui travaillera avec elle ses difficultés, de manière individuelle. En revanche, au sein de l'association d'aide alimentaire, il n'y a pas d'accompagnement individualisé. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les bénévoles sont surtout présents pour la distribution de colis. Mais si les personnes ont un besoin particulier (besoin d'un conseil, d'une aide, etc), les bénévoles peuvent leur répondre. Dans cette situation, c'est surtout à travers la présence d'une ambiance de convivialité que peut s'instaurer la relation de confiance, l'écoute, et donc un support moral pour les personnes :

« Quand on fait de la distribution, au niveau des aides ou de l'alimentaire, parce qu'il y a des personnes qui posent toujours des questions, qui ont des soucis euh, pour X raisons. Et on est là pour les aider et pour les guider, justement à savoir où ils peuvent se renseigner, avec qui, donc voilà. »

« On fait ça dans la bonne humeur, où les gens discutent les uns avec les autres, quand il y a quelque chose, quand il y a un problème on peut m'en parler, on a besoin de mon avis. Parfois c'est plus un confort moral qu'autre chose, ou une aide, si ça peut être une aide euh ... psychologique »

« Il faut que ce soit quand même un lieu qui soit très convivial. Il est bien évident qu'il faut se mettre à la place de ces bénéficiaires, ils sont dans une situation, enfin une conjoncture qui est très difficile. Donc, comment dirais-je, ils viennent là pour avoir une aide, mais ils ne veulent pas non plus être assistés euh ... (...) Il faut que ce soit convivial, on boit un pot, on peut boire un café avec elles, on discute avec

les uns les autres, on est là pour les aider, on fait même la bise à certains, enfin c'est vraiment ça reste quelque chose de très ... Oui très, c'est plutôt amical qu'autre chose », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Plus encore que cette dimension « amicale », les professionnels du CHRS situé en zone rurale comparent la relation qu'ils entretiennent avec les personnes à une « famille » :

« On est une association quand même familiale, enfin on a la chance de ne pas être trop grand, d'avoir ... »

« Bah la possibilité de prendre du temps avec chacun, de discuter, même hors entretien et autres et beaucoup nous identifient comme leur famille »

« On est assez proche . Ils ont du mal en fait à partir ! Ils nous disent qu'ils pleurent trois fois. Quand ils arrivent à L. parce que ça a cette image du bout du monde, de la sale ville etc, quand ils partent et quand ils veulent revenir. Mais ouais souvent c'est ça, c'est marrant. Enfin c'est marrant... »

« Ici c'était tout un réseau amical, familial, et après la démarche elle est difficile »

« Beaucoup nous identifient comme leur famille, parce qu'ils sont isolés et qu'ils n'ont pas de famille », (Professionnelles du CHRS en zone rurale)

Si ces relations paraissent centrales dans l'accompagnement qui est mené, elles peuvent également devenir infantilisantes pour les personnes. Corinne Lanzarini, dans son ouvrage *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, souligne que cette infantilisation est un « enjeu souvent visible du travail social »¹⁹⁹ et qu'elle se définit « comme la remise en cause des bases même de l'adultéité »²⁰⁰. Si les témoignages des enquêtés ne révèlent que peu ce type de ressenti, nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse de l'existence de ce risque. En effet, par exemple, un habitant d'un des CHRS situé en zone urbaine, nous explique que lorsqu'un jour il a voulu donner du pain aux oiseaux, un professionnel lui a dit qu'il n'avait pas le droit de le faire. Il dit donc que pour lui, « c'est pire que le commissariat ». Ce type de « geste (...) qui sort de l'ordinaire du foyer »²⁰¹, comme l'exprime encore Corinne Lanzarini, peut dépasser « les autorisations du règlement intérieur, ou simplement du fonctionnement routinisé de la structure »²⁰². C'est-à-dire que, même si la pratique n'est pas légalement interdite, les professionnels peuvent néanmoins garder la liberté de l'interdire. Cette forte normalisation et infantilisation possible des pratiques des personnes ressort également dans le témoignage d'un délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées :

« Dans les structures ils interdisent de boire, c'est bien mais du coup les gens ils vont s'alcooliser avant d'aller dans la structure ... Puisqu'ils peuvent pas boire à

199 LANZARINI Corinne, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris : PUF, coll. Le sociologue, 2000, p. 24.

200 LANZARINI Corinne, *Ibid.*, p. 24.

201 LANZARINI Corinne, *Ibid.*, p. 28.

202 LANZARINI Corinne, *Ibid.*, p. 28.

l'intérieur, donc ils boivent, ils boivent et après il y a des problèmes à cause de ça ! Si vous pouviez ramener une petite canette tout en regardant la télé tout ça, tout se passerait bien je suis sûr. Qu'est ce que vous faites chez vous ? Moi je fais ça, les travailleurs sociaux ils font ça, les directeurs aussi, croyez pas ... Non mais c'est vrai vous rigolez mais c'est la vérité, c'est la vie... ils ont du mal à admettre ! Parce que dans les CHRS il y a aucune loi qui dit qu'on peut pas boire de l'alcool, mais pourtant ça c'est noté dans les livrets d'accueil, alors que l'endroit où trouver la CPAM c'est pas marqué », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Une autre dimension de l'accompagnement est également rendue visible dans les témoignages. Il s'agit de l'accompagnement physique. En effet, les personnes que nous avons rencontrées sont nombreuses à évoquer ce travail des professionnels du social. Hawa par exemple, explique qu'elle a besoin d'être accompagnée à tous ses rendez-vous, notamment car elle ne parle pas assez bien français. Mais elle précise qu'elle veut l'être uniquement par quelqu'un en qui elle a confiance, ce qui est le cas de sa référente. Ivana quant à elle, revient sur un moment qu'elle a vécu et durant lequel la professionnelle qui l'accompagne l'a beaucoup aidée : elle a eu un problème avec la cantine pour ses enfants. Elle s'est donc rendue à la mairie pour avoir des informations, mais ils ne l'ont pas écouté, et ne lui ont pas répondu. Ils l'ont orienté directement vers le trésor public. Elle a donc demandé de l'aide à sa référente qui y est retournée avec elle. Ça s'est ensuite « mieux passé », le personnel de la mairie leur a répondu. De même, Ivana explique que, lors des rendez-vous médicaux, elle préfère être accompagnée lorsqu'elle s'y rend pour la première fois.

Les professionnels évoquent également la place importante que l'accompagnement physique représente dans leur travail :

GDS : « Du coup ça vous arrive souvent de les accompagner physiquement ? CPAM, médecin ? »

Professionnelles (P) : « (Rires) ... Oui ! »

P1 : « Je viens d'aller à A. moi par exemple, pour accompagner un monsieur qui avait des soucis de santé. Ça on n'hésite pas ! À partir du moment où il y a une difficulté ou un besoin voilà d'être soutenu, on le fait. Après quand on sent que c'est juste un taxi parce qu'on n'a pas envie de prendre le bus et d'attendre une heure, bon on le sent, on en discute ... »

P2 : « On fait une première fois pour certains, parce qu'on se dit que ça fait partie de l'accompagnement », (Professionnelles du CHRS en zone rurale)

D'une part, cet accompagnement permet aux professionnels de travailler la relation de confiance qu'ils peuvent avoir avec les personnes :

« Ça travaille la confiance, ça nous permet aussi dans ce genre d'accompagnement, d'apprendre beaucoup de choses de la personne. Parce que pendant la discussion ils se lâchent un peu plus que quand on est vraiment au bureau, en entretien ... c'est dans ces moments-là qu'on en apprend beaucoup sur leur parcours, sur leur vie. Et ça travaille un peu la confiance. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

D'autre part, dans le cadre d'une approche globale, l'accompagnement physique permet ensuite aux personnes de s'autonomiser. L'une des professionnelles rencontrées explique qu'elle essaie souvent de les accompagner lors d'un premier rendez-vous, quand cela est nécessaire, afin que les personnes puissent ensuite savoir comment cela se passe, où se rendre, et comment faire.

Cette question de l'autonomisation des personnes est importante. Elle leur permet de réenvisager, dans leur parcours, la possibilité de sortir de la structure dans laquelle elles sont, de se débrouiller seules dans les démarches de soin. Néanmoins, cela n'est souvent possible qu'une fois que les professionnels ont également travaillé avec elles (toujours dans le cadre d'une relation de confiance instaurée) leur confiance en soi ainsi que l'estime qu'elles ont d'elles. Comme l'explique en effet Pascale Pichon, la première étape est la reconstruction de soi (s'en sortir subjectivement) avant d'envisager le « s'en sortir » par des indicateurs institutionnels de l'accompagnement social et de la réintégration qu'elle induit et donc de la sortie du circuit assistantiel²⁰³.

En effet, comme il a été évoqué précédemment, les personnes renoncent souvent aux soins également car elles n'ont plus confiance en elles, et n'ont plus d'estime de soi. Tout un travail est donc mené à ce niveau là par les professionnels. Le témoignage qui suit montre bien comment ce travail sur la confiance des personnes peut porter ses fruits :

GDS : « Parce que, du coup, vous aviez un peu perdu confiance en vous ? »

Élise (E) : « Ah oui parce que j'ai vécu pendant vingt ans avec un gars et ... »

GDS : « Oui, il vous a fait perdre confiance en vous (...). Vous travaillez ça avec eux ? La confiance en vous ? Le bien être etc ? »

E : « Ah oui oui, on l'a fait. Oui oui oui. Bon là maintenant, je participe de moins en moins. Du fait que j'ai mon chez moi et puis bon avec (une association), je continue encore quand même (...) De réapprendre à vivre et puis être indépendante, et puis, me faire des nouveaux amis. Et reprendre confiance en moi quoi. (...) Ah ouais, tout ça c'est... Même quand j'ai pris mon logement, j'avais un peu l'appréhension de pas y arriver, bon tout se déroule bien donc. Le plus difficile c'est quand il faut faire les... Pour l'EDF, pour l'eau, faire les papiers. Alors, du coup, (les professionnelles du social) elles m'ont aidée. Pi après bon... Parce que moi je me disais ça va pas aller, je sais pas les papiers qu'il faut envoyer. J'étais perturbée quoi (...) Oui, bon

203 PICHON Pascale, « Sortir de la rue. Question de recherche et enjeu d'action », op. cit., p. 83.

déjà, comme ils m'ont fait reprendre confiance en moi. Avant, j'avais un petit blocage mais maintenant ça y'est, je fonce. », (Élise, 57 ans, CHRS zone rurale)

Les professionnels eux-mêmes l'évoquent à plusieurs reprises lors de leurs témoignages :

« Ils ont besoin en fait d'un renfort, de confiance en eux. Ce sont des personnes qui sont vraiment dans le domaine, dans un domaine difficile puisqu'ils sont (à l'association) donc ils ont absolument besoin d'avoir un confort. d'avoir confiance en eux, de savoir, de se reprendre. Enfin de faire le nécessaire pour pouvoir euh ... Essayer de s'en sortir quoi. Et moi j'interviens », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

« Disons que si on l'avait relogée trop vite, on la remettait en difficulté, parce qu'elle n'était pas assez en confiance avec elle-même et autre. Donc on travaille aussi tout ça. On va dire qu'il y a pas que le côté théorique qui rentre en compte, il faut aussi prendre en main les personnes, et ça c'est important pour éviter les échecs »

« On travaille l'insertion quand ils arrivent ils ont tellement un manque de confiance, une estime très basse, une image... l'accès vers l'extérieur »

« Travailler cette image de soi, sur des actions où on les amène sur des plateaux télé, on travaille l'hygiène, l'aspect vestimentaire et on essaie petit à petit de trouver des relais sur l'extérieur pour dire allez voilà vous partez », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Ces témoignages mettent en évidence l'importance qu'a cet accompagnement global. C'est-à-dire autant dans les démarches administratives de santé, que dans le retour à une confiance et une estime de soi. Tout ceci paraît nécessaire à un retour vers l'accès aux soins ainsi qu'à la réussite des personnes à « s'en sortir ». De plus, comme le précise Francie Megevand, « on peut voir dans l'accompagnement une démarche susceptible de pallier au défaut d'adaptation des institutions »²⁰⁴. Pour cela, les professionnels du social sont parfois amenés à adopter certaines pratiques, afin de contourner des difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans le cadre de leur accompagnement vers un recours aux soins.

C. Un accompagnement sous contraintes

Les travailleurs sociaux nous l'avons vu, tentent d'accompagner les personnes en situation de grande précarité de la manière la plus globale et complète possible. Néanmoins, certaines contraintes perturbent cet accompagnement et mettent en péril les objectifs des professionnels.

En effet, nous avons pu constater dans les parties précédentes que certains freins revenaient de manière récurrente dans les témoignages que nous avons relevé. Des freins comme le

204 MEGEVAND Francie, « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », op. cit., p. 197.

comportement du corps médical envers leurs patients qui doivent souvent faire face à des refus ou au peu de temps que leur accordent leurs médecins.

Au-delà des difficultés liées au corps médical nous pouvons supposer que les institutions jouent elles aussi un rôle en ce qui concerne les freins aux recours aux soins des personnes. C'est le constat qui revient régulièrement dans les études réalisées à ce sujet et si cela n'a pas été évoqué par les personnes rencontrées, nous pouvons supposer que ça ait un impact. En effet, plusieurs auteurs ayant réalisé des focus groupe auprès de travailleurs sociaux mettent en exergue les difficultés qu'incombent les nouvelles manières de penser l'action sociale dans un contexte de rationalisation budgétaire. Selon ces auteurs les logiques gestionnaires rigidifient les conditions d'accès car elles entraînent « une sélectivité accrue des publics et obligent les travailleurs sociaux à faire des choix »²⁰⁵. Il s'agit là des choix que les travailleurs sociaux doivent faire entre les bénéficiaires des minimas sociaux et les travailleurs pauvres. Ils doivent trancher entre le fait d'accompagner « le plus rentable (...) ou celui qui en a le plus besoin »²⁰⁶.

Ces logiques ont aussi donné suite à des outils de contrôle qui amènent les travailleurs sociaux à faire plus de travail administratif et moins de travail d'accompagnement, c'est selon les auteurs un « frein à un vrai travail d'accompagnement social global »²⁰⁷.

Ils disent également que les institutions s'inscrivent dans des logiques contradictoires entre lutte contre le non-recours et lutte contre la fraude et entre simplifications administratives et processus de dématérialisation du service public. Autre point important, le principe central « d'aller vers » les plus précaires, pose problème car les visites à domicile seraient de moins en moins encouragées par les institutions. Les auteurs dénoncent la présence d'un leitmotiv selon lequel il faut faire la démarche de venir, « autrement dit pas de demande, pas d'aide »²⁰⁸.

Pour faire face à ces freins nous avons pu observer quelques tentatives de contournements de la part des professionnels.

Tout d'abord, les professionnels que nous avons rencontrés disent qu'ils priorisent « l'aller vers », qui comme nous l'avons vu précédemment, est une démarche qui consiste à ne pas offrir un panel de prestations à ceux qui viennent en faire la demande mais à intervenir et aller vers les personnes en situation de grande précarité sans que ces dernières ne les aient sollicitées. Ce principe d'aller vers l'utilisateur, sans attendre une quelconque demande, est pour les professionnels, un moyen de lutte contre l'invisibilité et une façon de favoriser le contact entre les travailleurs sociaux et les usagers. Certains auteurs s'expriment à ce sujet et disent que la pratique du travail social est traditionnellement plus tournée en France vers

205 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 15.

206 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 15.

207 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 15.

208 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 16.

la relation individuelle que vers l'intervention collective. Ceci est renforcé par le cloisonnement des dispositifs, la multiplicité des décideurs et la difficulté à faire émerger une vision globale, une difficulté qui accroît le sentiment d'impuissance. Par conséquent, ils disent que « l'aide ou l'accompagnement social individuels restent essentiellement fondés sur la formulation d'une demande. Or les personnes les plus en difficulté ne demandent rien et leur souffrance est d'autant plus importante qu'elle est invisible. Pour avoir une réelle action sur un territoire, il est donc essentiel de se donner les moyens d'aller au-devant des personnes qui ne demandent rien et de leur proposer une prise en charge, même en l'absence de demande de leur part »²⁰⁹.

C'est ce qu'une professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine témoigne :

« Oui nous on pense que c'est effectivement, c'est, la personne elle est un tout donc après effectivement on a beau avoir des droits sociaux ouverts ou réouverts, si on a des problématiques de santé on est quand même toujours en difficulté pour euh, sur un parcours de réinsertion.(,,,) depuis le début on a choisi de mettre nos centres de santé dans les accueils de jour. Parce que c'est une manière de dire que, d'aller au devant, (,,,) Après il faut encore le mettre en pratique. Mais il y a vraiment une démarche d'aller vers qui est importante pour ces personnes parce que si on attend qu'elles viennent à la demande, enfin je veux dire, même dans un, vous voyez même chez nous, où le centre de santé est à l'accueil de jour, où là, qui fonctionne avec un bar sans alcool, où les personnes peuvent prendre une douche, où elles peuvent avoir un, où elles pouvaient être domiciliées (...). Où tous les jours il y a une consultation médicale, une présence infirmière. Et en fait même là on s'apercevait que si on fait pas un travail en tout cas pour un, pour certaines personnes, de descendre à l'accueil et de proposer aussi nos collègues socio éducatifs qui du coup de ce fait là ont aussi un regard avisé, qui vont aller voir la personne qui est là, qui dort sur la table et lui dire « mais vous voulez pas voir le médecin ? Vous êtes sûr que vous allez bien ? ». Et ben pour certaines personnes, même avec une réponse à l'étage, elles ne le demandent quand même pas. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2)

« C'est que c'est une population où il faut vraiment être très euh ... militant entre guillemets pour les amener aux soins. Si on est dans une attitude passive de, voilà on a, il y a eu aussi par exemple des évolutions par rapport à la psychiatrie, aujourd'hui avec les équipes mobiles qui se déplacent etc. Parce que ça aussi c'était des constats, ces personnes par exemple, même quand elles ont des pathologies psy, on sait que 30% des personnes par exemple ont des pathologies psy, il y avait là aussi un non-recours aux soins parce que si on attend que la personne elle aille au CMP ou à son rendez-vous bah on peut encore attendre longtemps donc il y a quand même là aussi une démarche d'aller vers. J pense que ça c'est une clef si on

209 MAESTRACCI Nicole, « Le malaise du travail social », op. cit., p. 610.

veut ... Si on veut vraiment être euh ... Répondre. Après il y a aussi l'adaptation de la réponse qu'on veut apporter. Parce qu'on parle par exemple de la prévention qui est quand même un parent pauvre parmi cette population mais là aussi euh, enfin, quelle prévention, avec quels outils, et puis comment on l'adapte. », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2)

Outre le fait d'aller vers les personnes, certains professionnels contournent les divers freins en priorisant les problèmes les plus urgents notamment ceux qui relèvent du logement. C'est ce que nous a expliqué une professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine :

« Et pour tout ce qui est social, je crois vraiment qu'en priorité le plus grand problème des gens, c'est le logement. Ils ont pas de logement. Donc après nous on est assez bloqués, parce qu'il faut appeler le 115 pour le logement, pour l'hébergement ... mais on se débrouille. On se débrouille avec les particuliers, avec le bon coin, avec du bouche à oreilles, des gens qu'on connaît, on se débrouille ! »

« On s'est dit, bon on a un ordinateur, pourquoi on mettrait pas un bénévole là et on appelle les particuliers. On va certainement avoir 9 refus sur 10 mais avec un peu de chance il y en a un qui va nous dire oui ! », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Dans la situation de Jacques, la priorité est d'abord de retrouver un logement. La professionnelle du CHRS qui l'accompagne est donc en contact direct avec le bailleur social pour résoudre au mieux ce problème.

Le caractère urgent de certaines situations, en plus d'amener les professionnels du social à prioriser la résolution de certains problèmes, les amène également, au lieu de « cheminer à côté », à faire parfois à la place des personnes. En effet, leurs difficultés les empêchent parfois d'agir facilement par eux-mêmes au début. La résolution du problème se fait donc plus rapidement lorsque les professionnels s'en chargent. Par exemple, les professionnels expliquent qu'ils contactent eux-mêmes la CPAM même si cette dernière réclame régulièrement la présence de la personne à leurs côtés.

Enfin, le travail en réseau informel s'est révélé être un moyen de contourner l'absence de partenariat avec divers acteurs du territoire et donc de pallier ce frein. C'est ce dont témoigne une professionnelle d'un CHRS en zone rurale concernant l'absence de lien avec la CPAM :

« Non mais on contourne... On contourne, disons qu'on a deux assistantes sociales de l'hôpital qui en fin de compte font notre relais. Une personne qui arrive ici et qui n'a pas de droit CMU et autres, souvent on instruit le dossier, on fait un petit mail, elles nous mettent un rendez-vous et nous font passer le dossier en urgence », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Une professionnelle du CHRS en zone urbaine dit que lorsque quelqu'un est malade au foyer ou lorsqu'ils doivent faire des piqûres, ils appellent toujours le même médecin parce qu'ils savent qu'ils peuvent compter sur lui et qu'il viendra. Elle a déclaré également que le CHRS travaillait avec des médecins et des pharmacies pour avoir des traitements gratuits et qu'ils étaient en partenariat en 2003. Mais aujourd'hui elle dit que c'est devenu plus difficile et qu'ils doivent s'appuyer sur les gens qu'ils connaissent.

Ce que nous pouvons retenir c'est que l'accompagnement des travailleurs sociaux est mis à rude épreuve par les institutions, les divers acteurs du territoire tels que le corps médical ou encore par les usagers eux-mêmes. Ils doivent faire face aux divers tensions venues de leurs supérieurs hiérarchiques et s'adapter aux divers bouleversements. C'est pourquoi ils mettent en place, quand ils en ont la possibilité, quelques stratégies pour contourner les freins qui les empêchent de mener à bien leur mission. Cependant ces contournements restent encore fragiles face à la complexité de leur situation.

Pour les professionnels exerçant au sein d'un CHRS ou d'une association d'aide alimentaire, c'est un accompagnement global qui se met en place auprès des personnes accompagnées. Nous l'avons montré, l'instauration d'une relation de confiance privilégiée et individualisée est nécessaire pour mener à bien certaines démarches, notamment celles relatives aux soins pour les personnes les plus fragilisées. Pour mener à bien ces actions, certains professionnels sont amenés à tenter de contourner l'administration. Nous verrons en effet que les professionnels sont confrontés à certaines contraintes dans le cadre de leur accompagnement, en raison notamment du manque de relations qu'ils entretiennent avec la CPAM et les professionnels de santé ainsi que les difficultés matérielles dont souffrent certaines associations.

II. De multiples freins repérés par les professionnels

Il convient de souligner l'existence de divers freins et besoins dans le cadre de l'accompagnement qu'exercent les professionnels de santé auprès des personnes fréquentant les associations d'aide alimentaire ou hébergées au sein de CHRS. Nous montrerons tout d'abord que le peu de contacts entretenus avec la CPAM va avoir tendance à complexifier et intensifier les démarches administratives menées par ces professionnels accompagnants. De la même manière, l'absence ou le manque de liens tissés avec les professionnels de santé ne peut que limiter leur influence sur les usagers à recourir aux soins et droits de santé. Enfin, les structures d'hébergement et les associations d'aide alimentaire vont être confrontées à des difficultés matérielles et financières limitant leurs possibilités et leur champ d'action.

A. L'absence d'une relation privilégiée avec la CPAM

Au cours de nos rencontres avec divers bénévoles et professionnels du social, il nous a été possible de mettre en évidence le manque de relations que ces derniers entretiennent

avec l'administration publique, et plus particulièrement avec la CPAM, dans le cadre des démarches d'ouverture de droits en termes de soins menées avec les usagers.

En effet, alors qu'au début des années 2000, un travailleur social était en mesure de rendre effective une demande de CMU-C en trente minutes, ces démarches se sont nettement complexifiées depuis²¹⁰. Nous l'avons largement évoqué, les délais d'attente de traitement des dossiers AME ou CMU-C ont souvent été décriés par les professionnels du social et les personnes rencontrées. Face à l'urgence et parfois à la gravité des situations vécues par les personnes accompagnées dans un CHRS ou une association d'aide alimentaire, les professionnels semblent effectivement regretter le peu de liens qu'ils entretiennent avec la CPAM. Ces derniers expriment notamment la volonté de disposer d'un interlocuteur privilégié, avec lequel ils pourraient travailler à l'ouverture des droits en termes de soins pour les personnes en situation de grande précarité de façon plus efficace et rapide. Néanmoins, la scission entre les diverses aides et services sociaux ainsi que la fin des renouvellements automatiques en termes d'assurance maladie ou de minima-sociaux vont favoriser le manque ou l'absence de contact entre des professionnels ou des bénévoles exerçant au sein de CHRS ou d'associations d'aide alimentaire. En effet, le « cloisonnement entre services administratifs et ou sociaux aggrave le tout dans la mesure où les personnes n'ont pas un interlocuteur principal qui pourrait les guider. »²¹¹.

Cette tendance a été tout particulièrement remarquée par les professionnelles du CHRS en zone rurale. Elles expriment en effet un certain nombre de difficultés dans le cadre de l'accompagnement qu'elles mènent auprès des personnes hébergées, induites notamment par l'absence de réseau et de relations avec la CPAM :

GDS : « Comment se passent les liens avec la CPAM ? »

P1 : « (Rires), il y en a pas ! »

P2 : « En lien direct avec la CPAM on en a pas (...). La CPAM a fermé sa permanence en début d'année... »

P1 : « Logique de restriction budgétaire, logique de centralisation... », (Professionnelles du CHRS en zone rurale)

De manière générale, il a été montré dans le cadre de recherches, comme celle produite par Juliette Baronnet, Philippe Lyet, Virginie Poujol et Michel Valle, que ce type de logiques peut pourtant être un frein dans l'accompagnement et la réalisation de certaines démarches de soins pour les professionnels du social, qui vont être amenés à effectuer un travail qui relève davantage d'un support administratif pour les usagers que d'un travail d'accompagnement. Les travailleurs sociaux vont d'ailleurs exprimer la volonté de se différencier des « "adminis-

210 DE GOËR Bruno, « Accès aux soins : impairs et Pass », Plein droit, 2015, vol. 106, n°3, p. 19.

211 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard - Rapport d'étude, op. cit., p. 52.

tratifs”, qualifiés de rigides »²¹², et qui se contenteraient d’appliquer aveuglement des prescriptions sans connaître la réalité des publics.

Ce décalage entre les représentations des professionnels du social ou des bénévoles et du personnel administratif a notamment été évoqué lors de notre entretien avec une salariée du CHRS situé en zone urbaine. Lors de cette discussion, cette dernière nous a expliqué ressentir un écart entre sa manière d’appréhender les démarches administratives concernant l’accès aux soins, et la façon dont fonctionne la CPAM. Elle met aussi à nouveau en exergue la complexité de ne pouvoir les contacter seulement par téléphone. En effet, lors de ses appels, afin d’obtenir des informations sur le renouvellement d’une couverture CMU-C ou son effectivité pour une personne qu’elle accompagne, elle doit nécessairement fournir des renseignements divers et variés. Le fait qu’il n’y ait ni suivi individualisé pour le CHRS de la part de la CPAM, ni interlocuteur privilégié va donc avoir un impact sur l’efficacité des démarches et de l’accompagnement social.

Ainsi, les professionnels rencontrés mettent l’accent sur la nécessité de disposer d’un interlocuteur privilégié et d’organisations spécifiques aux personnes logées en CHRS ou fréquentant une association d’aide alimentaire, afin de faciliter leurs démarches et de favoriser le recours aux droits et aux soins des individus. Ces derniers regrettent, d’une part, le manque de réseaux et de moyens spécifiquement dédiés aux publics précaires et fragilisés, et d’autre part, la suppression de nombreux services de proximité ou de permanences CPAM ponctuelles au sein des CHRS et associations d’aide alimentaire :

« Déjà, ce serait un partenaire identifié CPAM. On a aujourd’hui des partenaires identifiés CAF privilégiés... qui sont bien sympas mais en CPAM on en a pas. Parfois c’est compliqué. Après sur un professionnel de proximité, tout réimplanter. Parce que c’est vraiment que là on se substitue aux institutions. On fait les dossiers, mais tous les dossiers ! Ça va du dossier CMU, CAF, MDPH, banque de France, logement... Ouais, aujourd’hui il y a tellement peu de choses sur notre secteur qu’on se substitue à tout. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

« Avant, c’est ce que je disais à quelqu’un hier, pendant un temps il y avait eu des permanences, je ne sais pas si vous en avez entendu parler, d’agents carrément qui venaient dans les structures. Mais ça a été supprimé(...). Mais après on a, moi le contact physique je pense que, nous on a connu ici le fait qu’un agent de la CPAM venait faire une permanence une fois par semaine, donc les gens pouvaient venir avec leurs dossiers et tous les papiers et voilà... quelque part étant l’expert. Parce que même nous on est pas forcément experts... », (Professionnelle d’une structure d’accompagnement sanitaire et social 2)

Lors d’un entretien téléphonique effectué auprès d’une professionnelle de la CPAM, il nous a été effectivement possible de constater que si les professionnels des structures avec les-

212 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L’invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 23.

quels nous nous sommes entretenues, ne disposent pas d'une convention spécifique avec la caisse primaire, la prise de rendez-vous se fait dans les mêmes conditions que pour les assurés. Dans l'immédiat, il n'existe en effet aucune organisation dédiée aux établissements qui accompagnent des usagers vivant dans des conditions particulièrement précaires. Elle estime néanmoins que le développement des rendez-vous à l'accueil constitue une avancée, permettant de faciliter les échanges : une structure peut ainsi demander un rendez-vous à cet accueil et transmettre plusieurs dossiers, en n'omettant pas de le préciser en amont, ce qui simplifie l'organisation. Si la CPAM semble disposer de certains moyens pour atténuer les difficultés auxquelles les établissements doivent faire face dans le cadre de leurs démarches, nous montrerons par la suite que le manque de mutualisation et de mise en réseau de ces divers dispositifs vont limiter leur impact.

L'ensemble de ces éléments concourt à complexifier ou limiter les missions et les actions mises en place par les professionnels du social rencontrés au cours de cette recherche. De plus, s'ils semblent regretter le manque ou l'absence de relations avec la CPAM, ces derniers évoquent aussi un certain nombre de difficultés auxquelles ils sont confrontés avec les professionnels de santé vis-à-vis de l'accompagnement qu'ils mettent en place.

B. Des relations complexes avec les professionnels de santé

Lors de nos divers entretiens avec des bénévoles et professionnels du social, nous avons pu constater le manque de liens entretenus avec les médecins et les divers dispositifs de soins présents au sein des communes de recherche. De la même manière qu'avec la CPAM, la restriction de ces relations est notamment induite par un décalage de représentations des différents acteurs qui gravitent autour des personnes en grande précarité.

En effet, les travailleurs sociaux vont connaître de nombreuses difficultés à communiquer avec les médecins, généralistes comme spécialistes. L'enjeu serait donc ici de construire un meilleur partage d'informations entre professionnels, tout en respectant la confidentialité et l'intimité des individus. Pourtant, ce « travail partenarial entre référents généralistes et opérateurs spécialisés »²¹³ se heurte à plusieurs barrières. Dans l'ensemble des structures rencontrées dans les territoires d'enquête, le personnel n'a que peu de possibilités de travailler en partenariat avec les divers services de santé présents sur le territoire.

Tout d'abord, ces professionnels évoquent le peu ou la complexité des rapports qu'ils entretiennent avec les services de psychiatrie et les médecins généralistes. En effet, concernant les soins psychiatriques, au sein du CHRS situé en zone rurale, ces derniers regrettent particulièrement la sectorisation et le cloisonnement dont fait l'objet ce type de service de santé. Ils nous ont notamment expliqué que lorsqu'une personne venant initialement d'une

213 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 18.

autre commune doit être hospitalisée, elle ne peut l'être qu'au sein du service psychiatrique d'origine par lequel elle était suivie. Ce territoire n'étant doté d'aucun secteur psychiatrique dédié aux enfants, ces professionnels rencontrent donc des difficultés à intervenir auprès des plus jeunes. Enfin, dans la mesure où ils ne bénéficient pas de la présence d'un personnel médical au sein du CHRS, ils travaillent principalement avec l'équipe mobile, tout en ne disposant pas de relation privilégiée avec eux. Ils tentent également de travailler avec la permanence d'accès aux soins de santé (la PASS), susceptible de délivrer des médicaments et disposant d'une assistance sociale aux urgences de l'hôpital, mais les contacts et les relations restent très faibles, puisque ce dispositif est particulièrement sollicité par les structures d'aide et d'accompagnement social en général.

De la même manière, les professionnelles du CHRS situé en zone rurale ne disposent d'aucun interlocuteur privilégié avec les services de psychiatrie. Alors qu'il y aurait une « tendance à la psychiatrisation des problèmes sociaux »²¹⁴, en renvoyant les situations complexes vers la psychiatrie, au « risque de stigmatiser et d'invisibiliser encore davantage »²¹⁵ les individus, dans le cadre de notre recherche, c'est le fonctionnement inverse qui se met en place. En effet, ces deux professionnelles vont notamment mettre en évidence la tendance qu'ont les services psychiatriques à réorienter les personnes vers un service d'addictologie. Elles estiment que certaines pathologies psychiatriques seront traitées et renvoyées à une problématique d'addiction :

« Ouais en fait si vous voulez on a un public qui est souvent addict à l'alcool, mais aussi présentant des pathologies psychiatriques. Donc on fait face à des services d'addicto et de psychiatrie mais qui se renvoient souvent la balle. Donc en gros quand on oriente un patient en psychiatrie, on nous dit, bah oui mais il consomme de l'alcool, il faut le envoyer en addiction. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Le manque de liens et de mutualisation des ressources des professionnels de l'action sociale semble aussi très fort avec les médecins généralistes. Si nos enquêtés souhaitent davantage travailler en partenariat et en réseau avec le secteur médical, ils sont parfois confrontés à un rejet de la part des médecins à prendre en considération les problématiques spécifiques des usagers. De plus, certains médecins vont être réticents à évoquer des situations individuelles et personnelles avec des référents de centres d'hébergement ou des structures d'aide alimentaire, ce qui crée un « fonctionnement en vase clos »²¹⁶. Dans ce cadre, il est nécessaire de mettre en place un « meilleur couplage entre l'accompagnement des travailleurs sociaux et le suivi des personnels de santé », et de prendre en compte « le caractère évolutif des situations de pauvreté »²¹⁷ :

« Il y a des médecins qui sont ouverts à ce genre de pratiques, et d'autres qui ne le sont pas, qui sont complètement fermés. Moi je travaille avec des médecins qui

214 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 18.

215 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 18.

216 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, Ibid., p. 18.

217 PAGES Alexandre, La pauvreté en milieu rural, op. cit., p. 178.

sont... *Oui ils en ont entendu parler, mais ils n'en savent pas plus.* », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

« Vous voyez, après il y a des choses où les généralistes, ou la psychiatrie, très franchement, bah c'est très cloisonné, et nous on est que structure d'hébergement. En fait, nous on représente que le logement. Enfin qu'un hébergement, un abri, mais quelque part je pense qu'il y a une méconnaissance du travail qu'on effectue. Je ne sais pas, je n'arrive pas à comprendre cette cloison. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Ce type de logique peut-être le résultat d'une socialisation professionnelle et d'une culture qui diffère entre les acteurs du social et les acteurs de la santé.²¹⁸ Dans ce cadre, la formation et la sensibilisation de ces divers agents aux problématiques spécifiques qui touchent les individus en situation de grande précarité pourraient constituer un moyen de remédier à ces difficultés. Cet élément a notamment été exprimé par l'une des professionnelles d'un centre d'accompagnement sanitaire et social situé en zone rurale :

« Je pense qu'il y a aussi une question autour de la formation des professionnels, quels qu'ils soient d'ailleurs, là on a parlé des agents d'accueil de la CPAM, mais il y a aussi la formation des professionnels soignants et éducatifs. S'ils veulent pouvoir accompagner les personnes vers les soins, vers la santé ou vers l'accès aux droits, ils doivent aussi avoir un certaine manière d'être, un certain savoir être s'ils veulent que ça fonctionne », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social 2)

Si les divers professionnels du social mettent l'accent sur des relations limitées avec les médecins du secteur généraliste et psychiatrique, ils ont aussi constaté le manque de communication et de coordination entre ces divers services. En effet, ils ont déjà été confrontés à des doublons de traitement et à des prises en charge en termes de soins, là encore cloisonnées :

« On a aussi à faire à des généralistes qui prennent des dossiers, qui sont d'accord pour prendre des dossiers CMU mais qui n'ont pas de regard et de coordination sur des traitements qui seraient de l'ordre de l'addictologie ou de la psychiatrie. On a déjà eu des doublons de traitements. On a déjà eu des patients qui connaissent les filons et qui savent quel médecin aller solliciter pour avoir un doublon de traitement. Donc on a déjà eu du commerce de produits... du mésusage de traitements. Donc ça c'est aussi un peu compliqué pour nous à gérer. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Enfin, le respect du secret professionnel pour les médecins, mais aussi pour les travailleurs sociaux limite fortement le partage des informations entre ces deux secteurs. Bien que certaines conditions physiques ou psychiques peuvent avoir un impact sur la manière

218 BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », op. cit., p. 19.

dont doit être mené l'accompagnement, les médecins ne sont pas en mesure de partager l'ensemble des éléments dont ils ont connaissance. Cette condition a notamment été soulignée lors de notre rencontre avec des professionnelles du CHRS situé en zone rurale. Ces dernières ont en effet évoqué diverses situations où l'absence de liens a ou aurait pu être un obstacle à la réinsertion sociale des individus. Certaines personnes hébergées avaient déjà connu des traitements psychiatriques, des contrôles judiciaires ou des injonctions de soins de la part du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) sans qu'elles en aient été averties. Alors qu'elles rencontrent des difficultés à communiquer ou partager des informations avec les médecins généralistes, elles semblent rassurées de travailler de manière plus régulière avec le service d'addictologie. Tout en conservant le secret professionnel, ce dernier leur donne des indications concernant le parcours de certains individus, leur permettant ainsi d'adapter par la suite leur prise en charge :

« L'addicto joue clairement le jeu. On a bien sûr le secret médical qui est là, par contre ils nous donnent des informations pour nous supporter, ce qui est aussi important. Il faut savoir qu'ils arrivent chez nous et ça peut être des personnes pédophiles. Enfin, souvent on a des sortants de prison, qui ont commis des viols, des fois des crimes. Sauf que nous, on n'a pas d'étiquette, on n'a rien qui impose de nous dire ce qu'il se passe. Moi, je me sens quand même plus en sécurité par rapport au diagnostic que peut faire l'addicto, parce que quelques fois ils nous disent, bon voilà faites attention, mais après ils nous disent pas les pathologies. », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

« Mais voilà ça permet d'adapter notre accompagnement, de faire attention à certaines choses, d'être plus attentive à un changement de comportement, des choses à faire et à ne pas faire... », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

« D'associer les publics tout simplement. On s'est déjà aperçu des fois qu'on avait des enfants dans une structure, et on découvre 3 mois après que bah ce monsieur a peut-être des tendances... ça peut-être ça aussi. Et ça en hébergement on n'est pas protégés. Si la personne arrive au 115 seul, elle dit ce qu'elle veut dire. Même à nous, parfois on apprend qu'il y a une convocation SPIP, moi ça m'est déjà arrivé avec un jeune, une injonction de soins... », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Les diverses structures étudiées sont donc confrontées à certaines difficultés à travailler en réseau avec les professionnels de santé. Les services psychiatriques et les médecins généralistes vont être particulièrement réfractaires à l'idée de partager des informations ou d'harmoniser certaines pratiques avec le personnel de structures d'hébergement ou d'associations d'aide alimentaire. Néanmoins, les services d'addictologie apparaissent être un réel soutien dans le cadre des accompagnements personnalisés. Nous montrerons par la suite que les associations sont aussi soumises à de nombreuses complexités matérielles et économiques.

C. Des difficultés matérielles et moyens peu mutualisés

A l'instar du manque de contact avec les divers acteurs présents sur le territoire, le manque de moyens qu'ils soient matériels, humains ou financiers et le manque de mutualisation de ces derniers conserve un rôle majeur dans le non-recours aux soins des personnes en situation de grande précarité. Et cela parce que ces manques engendrent, selon les témoignages recueillis, un dysfonctionnement dans l'accompagnement des professionnels. Tout d'abord, nous avons pu constater que le manque de moyens matériels, humains et financiers est quelque chose qui revient souvent dans les discours des professionnels. Un délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées nous a fait part de ces difficultés. Des difficultés matérielles et financières :

« Après il y a les freins aussi, maintenant ça se passe de plus en plus sur internet, il y a des gens qui n'ont pas accès à internet. Internet c'est pareil, vous tapez votre machin et après ça marche pas, et bah tant pis c'est tout les gens ... pourtant ça fait longtemps qu'on demande un référent unique et la simplification des papiers ! J'ai été auditionné au gouvernement pour la simplification, et ça été refusé... » (...)
« il y a aussi le fait que maintenant tout se fait sur internet et les personnes même en CHRS n'ont pas accès à internet. » (...)
« Si mais toutes les structures n'en ont pas, mais après c'est aussi la faute de personnes accompagnées, ça c'est un défaut parce qu'ils cassent .. ils les cassent ou ils les sabotent. Donc après la direction ils en prennent plus, donc il faut se mettre à leur place aussi »

« En hébergement de jour normalement vous pouvez vous doucher ou alors il faut connaître les associations qui donnent des vêtements type Croix Rouge ou Secours Catholique. Avant ils faisaient aussi, quand on rentrait en CHRS ils donnaient des sous vêtements, un nécessaire, serviette de toilette, savon... mais maintenant ça se fait de moins en moins. Il manque toujours des sous c'est ça le problème. », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Une bénévole dans une structure d'aide alimentaire nous a fait part d'un problème lié aux locaux de la structure qui selon elle ne permettent pas d'exercer dans la discrétion. C'est d'ailleurs pour cela qu'ils ne peuvent, pour le moment, pas mettre en place d'actions en lien avec la santé :

« Mais la difficulté c'était de se poser, c'est-à-dire savoir où rencontrer les personnes. C'est-à-dire que là où nous sommes au centre L, il y a des ... Niches entre guillemets où il y a possibilité d'occuper les lieux pour d'autres, enfin des associations différentes. Mais à savoir comment faire en liaison avec les RC, il faudrait qu'il y ait un, comment dire, une salle à côté par exemple, en liaison avec les RC. Là on est dans une salle déjà étroite. Vu le nombre de personnes que l'on reçoit. Donc à la distribution, s'il y a des personnes qui souhaitent, 'fin nous parler d'un petit problème perso, on a besoin d'attendre, 'fin de se donner rendez-vous un peu à part, 'fin voilà. On reste un peu à l'écart mais malgré tout il y a du monde autour,

la personne elle va pas être dans la détente pour se confier. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

« Il faut que ça reste discret. J'veux dire après à un moment donné on s'est dit pourquoi pas, parce que quand on voit la salle (de l'association), quand on rentre dans le local, 'fin quand on rentre dans le bâtiment, on a la salle (de l'association) sur la gauche et on a le hall d'entrée. Sur la droite on a les toilettes, quelquefois ça refoule hein, donc c'est pas l'idéal d'avoir un bureau même dans l'entrée. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

« Parce qu'il y a de plus en plus de monde. Et bon, il faut, on a besoin de, d'hygiène, parce que là on a des réfrigérateurs, des congélateurs, c'est bien on en a. Mais j'veux dire ça prend de la place, et ça veut dire qu'on a moins de place pour mettre d'autres victuailles mais aussi des conserves, 'fin tout, pour le nombre de personnes. Donc on sera automatiquement obligé d'être dans un local beaucoup plus grand. Ce qui occasionnerait aussi une partie un peu plus discrète où le domaine médical peut intervenir. Et ce serait, je dirais, l'idéal ce serait ça. Il faudrait que ce soit ça. Nous on connaît déjà, 'fin j'veux dire on a déjà été dans d'autres centres où il y a ce domaine, où vraiment il y a une grande salle de distribution, il y a une salle où il y a le , un entrepôt en fait hein, le domaine logistique. Et puis il y a aussi une petite partie où, de conseil hein. Aussi bien le médical mais ça peut être le domaine juridique ou autre. Ou qui ne regarde personne. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Outre le manque de moyens matériels et financiers, le délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées évoque aussi le manque de personnel. C'est la raison pour laquelle il essaye avec ses collègues de développer la « pair aidance » dont le but est de pallier le manque de temps des travailleurs sociaux, et de donner la parole aux usagers :

« Il y a une infirmière qui passe tous les jours pour donner les médicaments et puis c'est tout. »

« La « pair aidance » ce sont des personnes accompagnées qui ont déjà été en structure et on essaie de les faire passer en binôme avec des travailleurs sociaux. C'est fort expérimenté en Belgique, ça s'appelle les experts du vécu, et au Canada, mais là c'est surtout sur la santé mentale. Et ici en France il y a qu'un référentiel c'est sur la santé mentale. Ici il y a des structures qui prennent des pair aidant mais il y'a pas de référentiel, type de poste rien du tout... et en ce moment on travaille pour faire ce référentiel, parce que ça va se développer.»

« Bah justement des personnes qui s'occupent d'elles, des pairs aidants. Le travailleur social on sait qu'ils peuvent pas tout faire, ils ont beaucoup de tâches administratives donc là il y aurait des personnes qui leur donnent un coup de main ils pourraient sensibiliser. Donc nous on le voit dans nos maraudes on a quand même un langage, quand on a vécu à la rue on sait comme parler, et si on a envie de leur dire merde on dit merde alors que les travailleurs sociaux ils peuvent pas le

faire, nous on sait parler leur langage. Même des bénévoles qui vont dans les structures et tout ça.. vous allez voir un travailleur social en structure et il vous dit j'ai pas le temps, revenez plus tard », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Une professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social parle également du manque d'effectif. Elle dit qu'ils manquent de bénévoles et qu'ils sont limités dans leurs actions à cause du nombre de bénévoles et de professionnels. Ils ne prennent pas en charge les migrants qui sont renvoyés à la mairie, elle dit : « *On ne saurait pas assumer* », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1).

Nous avons aussi constaté qu'il avait un problème de mutualisation des ressources entre les divers acteurs. Notamment un manque de coordination entre les services. C'est ce dont témoigne un délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées :

« C'est une guerre entre service, la CAF, sécu et tout ils savent tout. Si vous êtes au RSA ils savent très bien que vous avez le droit à la CMU, donc pourquoi pas créer le truc CMU directement ... Après ils vont vous dire oui mais c'est toujours année -1... Rien n'est relié , c'est une gueguerre entre les services », (Délégué d'une instance de discussion pour personnes accompagnées)

Une professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine parle d'une mutualisation partielle et dit que dans cette grande ville, cette association a de nombreux partenariats mais rencontre des difficultés à tisser des liens avec certains milieux médicaux :

« Bah du coup nos besoins ça pourrait être de travailler avec les laboratoires, où il y a radio , échographie , IRM et qui accepteraient de temps en temps , pour des cas assez urgents , de prendre en charge des patients gratuitement ! Ou alors mettre une convention en place avec l'association et peut être pouvoir payer, je sais pas ... il y a pleins de choses à faire ! »

« C'est ça je crois qui est important de travailler avec les partenaires de la ville. Si on en parle, on peut faire pleins de choses. Il suffit d'en parler, mais on a tous pas le temps. Il existe beaucoup beaucoup de structures sur la ville de L donc pour coordonner ça c'est pas facile. Mais on essaie. Avec plusieurs associations on se rencontre, on essaye de se coordonner, de pas faire de doublons pour ne pas faire perdre de temps aux professionnels et aux bénéficiaires ».

« Nous on est assez bloqués, parce qu'il faut appeler le 115 pour le logement, pour l'hébergement ... mais on se débrouille. On se débrouille avec les particuliers, avec le bon coin, avec du bouche à oreilles, des gens qu'on connaît, on se débrouille ! », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1)

Sommes toutes, nous pouvons dire que les professionnels doivent aujourd'hui faire face à certaines difficultés et ré adapter leur intervention auprès des usagers, ce qui impacte la qualité même de cette intervention et ne fait qu'accroître le taux de non-recours aux soins. Les professionnels se trouvent donc confrontés à diverses contraintes, liées aux rapports qu'ils entretiennent avec la CPAM et les professionnels de santé, ainsi qu'aux moyens dont ils disposent. Nous allons d'ailleurs approfondir sur les difficultés que rencontrent les professionnels en évoquant quelques dispositifs qui malheureusement n'ont pas l'effet escompté.

III. Des dispositifs d'accès aux droits de santé

Nous l'avons vu, les professionnels de l'accompagnement sanitaire et social rencontrent des difficultés multiples. Pour pallier ces dernières, différentes institutions ont mis en place des dispositifs afin de développer l'accès aux droits de santé des personnes en situation de précarité. Bien qu'ils aient pour but d'amener les personnes à leurs droits de santé, ils présentent certaines limites pour les professionnels de l'accompagnement. Ces derniers tentent alors de développer des stratégies de travail en réseau afin d'accompagner au mieux les personnes.

A. Les dispositifs de la CPAM

Si l'accompagnement semble être une étape primordiale dans l'accès aux droits de santé, la CPAM met également en place différents dispositifs afin de réduire le renoncement aux soins et aux droits de santé. Ces dispositifs prennent différentes formes : détecteurs, partenariats, services au sein des structures sanitaires.

1) Détecter le non-recours

En 2006, le fond CMU²¹⁹ commande plusieurs études sur le non-recours à la CMU à des équipes de recherche. Celles-ci se composent notamment de l'ODENORE et d'une CPAM. Ces équipes de recherche, après avoir établi un état des lieux des situations de non-recours, propose une méthode de repérage à partir des données administratives de la CPAM par un programme informatique. Ce projet intéresse alors les dirigeants de la CNAMTS²²⁰ et de certaines CPAM, qui se regroupent autour d'un groupe de travail appelé « accès aux droits et aux soins des publics précaires ». L'idée est de généraliser ce système informatique afin que chaque CPAM identifie les personnes en situation de non-recours et leur envoie un courrier de rappel des droits.

En 2010, le contexte amène deux objectifs : celui de maintenir la population en bonne santé, ce avec des moyens financiers restreints. Le premier levier aux inégalités de santé réside alors dans les dispositifs qui ont pour objectif de renforcer l'accessibilité financière des soins. On voit alors un changement de posture de l'Assurance Maladie, le non-recours devient de son « ressort ». Il s'agit d'intégrer des personnes fragiles dans ses fonctionnements et que

219 Le Fonds CMU finance et évalue le dispositif CMU

220 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

ces derniers puissent avoir recours aux droits de santé et aux soins au même titre que tout autre bénéficiaire. Ils réalisent une démarche proactive. La détection de ces publics est la base de cette démarche. Il s'agit de repérer les « non-recourants » et d'engager les actions nécessaires envers eux pour les rapprocher de leurs droits.

Pour la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie, l'identification est donc une étape importante dans l'accompagnement des personnes en situation de non-recours. En effet, les personnes qui ne recourent pas à leurs droits ne sont pas connues de la CPAM, n'en parlent pas soit parce qu'ils ont honte de leur situation, soit parce qu'ils ne pensent pas trouver de solution.

Le 17 novembre 2014, la CPAM du Gard a expérimenté le dispositif appelé PFIDASS : Plateforme d'Intervention Départementale pour l'accès aux soins et à la santé. Il s'agit du premier dispositif de lutte contre les renoncements. Il permet d'identifier et d'accompagner les personnes en situation de non-recours. Le premier mai 2016, ce dispositif est déployé sur vingt et une CPAM. L'objectif est d'étendre ce dispositif à l'ensemble des CPAM jusque mai 2018. Au niveau local, la CPAM dans laquelle nous avons mené notre enquête a renommé ce dispositif sous le nom de SAAS : le Suivi Accompagnement à l'Accès aux Soins. Il s'agit de former des personnes, appelées détecteurs, chargées de reconnaître les situations de non-recours. Au sein de cette CPAM, ces détecteurs sont situés à plusieurs endroits clés pour aller à la rencontre des personnes qui sont en situation de non-recours : points d'accueil, centres d'exams de santé, service social, service médical et quelques services internes à la CPAM. Ce dispositif tend à se développer auprès d'acteurs extérieurs à la CPAM.

Enfin, la Ligne Urgence Précarité, la LUP, est une ligne dédiée à signaler des cas urgents ou complexes quant à l'ouverture des droits d'un assuré et qui entrave à la réalisation de soins. Cette ligne peut être utilisée par différents acteurs : les médecins et pharmaciens, les centres hospitaliers dont les Permanences d'Accès aux soins, les centres communaux d'action sociale, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs. Le service social de la CPAM peut également se saisir de cette ligne. Ainsi, chacun de ces acteurs devient un détecteur des situations de non-recours et permet à l'Assurance Maladie de pouvoir traiter des dossiers urgents. En 2016, par le biais de cette Ligne Urgence Précarité, 1011 situations urgentes ont été signalées à la CPAM locale.

2) Accompagner les personnes en situation de non-recours

L'accompagnement des personnes en situation de non-recours s'est donc développé au sein de la CPAM ; et les agents d'accueil ainsi que la création de nouveaux partenariats vont jouer un rôle important dans le fonctionnement de ces dispositifs.

L'accompagnement par les agents de la CPAM

Après la détection d'une personne en situation de non-recours, la personne peut bénéficier d'un « accompagnement sur mesure »²²¹ par un seul et même agent de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie durant la totalité de l'accompagnement. Cet accompagnement dure environ soixante-dix jours et se déroule en trois étapes. La première étape constitue un accompagnement dans les démarches et l'ouverture des droits (droits du régime obligatoire c'est-à-dire la CMU, droit à une complémentaire c'est-à-dire la CMU-C, déclaration d'un médecin traitant, délivrance d'une carte vitale etc.). Le second niveau permet à l'individu d'avoir une aide dans sa recherche de médecins ou de spécialistes en fonction de ses besoins et de ses ressources. Enfin, si l'assuré doit payer un reste à charge c'est-à-dire doit payer une partie de ses frais médicaux, l'agent de la CPAM peut l'accompagner dans l'étude de devis, la réalisation d'un dossier de demande d'aides extra-légales. En effet, la CPAM peut octroyer une aide financière pour aider l'assuré à payer un reste à charge.

De plus, les personnes détectées comme étant en situation de non-recours peuvent bénéficier d'un accompagnement sur le plus long terme. Un agent de la CPAM peut, d'après Héléna Revil²²², veiller au renouvellement des droits de santé d'une personne et s'assurer qu'aucun obstacle ne survienne dans la réalisation de leurs soins. Il peut également rester en contact régulier avec la personne afin que celle-ci n'abandonne ni ses démarches ni ses soins.

Les partenariats

Depuis 2006, la CPAM est interpellée par des acteurs extérieurs, locaux, au sujet des réponses qu'elle apportera au phénomène de non-recours.

Dans un contexte de restriction des moyens, la CPAM doit déployer ses forces pour réduire le non-recours. Elle fait alors appel à ses propres services et des services de la Sécurité Sociale, aux professionnels du secteur médical, mais également à des acteurs locaux, notamment du secteur associatif. Cette volonté émerge d'une préconisation nationale ayant pour objectif d'élargir l'offre de CMU-C et d'ACS. En effet, après avoir détecté et quantifié le phénomène du non-recours, il s'agit de trouver les bons leviers pour réduire le taux de celui-ci. C'est l'une des stratégies déployées par la CPAM. En effet, cette dernière a conventionné avec différentes associations de son secteur. L'objectif est le suivant : les associations, qui accompagnent des personnes en situation de précarité, ont la possibilité d'envoyer des dossiers de CMU-C ou d'ACS afin que la CPAM les traite de manière plus rapide. La CPAM a également d'autres partenaires avec qui elle peut travailler pour développer le dispositif d'accès aux droits. Il s'agit tout d'abord des centres communaux d'action sociale dans les

221 CPAM, « Agir contre le renoncement aux soins », dossier de presse, mars 2017.

222 REVIL Héléna, « Le « non-recours » à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution », op. cit., p. 20.

quartiers dits prioritaires au regard des critères de la politique de la ville. Le partenariat permet aux professionnels des CCAS d'avoir des informations régulières sur les offres de services de la CPAM. De la même manière que pour les associations, ils ont la possibilité d'envoyer des dossiers CMU-C ou ACS de leurs usagers, la CPAM s'engage en retour à les traiter de manière prioritaire dans un délai de trente jours (au lieu de soixante jours pour le délai réglementaire). Les CCAS ont également accès à la LUP. Les usagers des CCAS peuvent également passer un bilan de santé qui, dans le cadre du partenariat, est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Enfin, un travail commun est réalisé pour mener des actions en lien avec la santé dans les structures des CCAS.

La CPAM travaille également avec la PASS et le service social des centres hospitaliers de la circonscription avec pour objectif principal l'accès à la Ligne Urgence Précarité.

Un partenariat est aussi créé avec les missions locales. Dans certaines de leurs structures, des agents de la CPAM se déplacent afin de prendre rendez-vous avec les jeunes qui y sont inscrits et étudier leurs droits ainsi que réaliser un bilan de santé. Cette action fait partie des orientations nationales.

Enfin, la CPAM travaille avec le Conseil Départemental et les mandataires de la protection judiciaire des majeurs. Elle prévoit de mettre en place un partenariat avec les centres sociaux culturels, partenariat qui aura la même base que pour les centres communaux d'action sociale.

Chacun de ces partenaires a la possibilité de participer à des formations sur les offres de services et dispositifs de la CPAM. Par exemple, l'une des CPAM des Hauts-de-France propose des formations concernant l'Aide Médicale d'État. Il peut s'agir par exemple de formations sur la CMU-C, l'ACS, les bilans de santé par exemple.

L'une des professionnelles de la CPAM étudiée explique que pour mener à bien un tel partenariat, il faut qu'il y ait une demande réelle, des besoins réels de la part des structures. La CPAM doit également pouvoir sortir son « épingle du jeu ». Le partenariat doit pouvoir satisfaire les deux parties, avec pour objectif commun et principal l'accès aux droits pour les assurés.

3) Les limites de ces dispositifs

Ces dispositifs de réduction du non-recours impactent sur l'organisation de la CPAM. Le travail en partenariat et en réseau entre ces services, avec les services de la Sécurité Sociale et les acteurs extérieurs comme le secteur associatif, implique un décroisement de ces différents services. Or, chaque service est aujourd'hui toujours cloisonné et organisé de manière pyramidale²²³. Ce système pyramidal rend également difficile le travail en réseau et les partenariats entre les services de la Sécurité Sociale ou les services extérieurs. Les liens

223 REVIL Héléna, *Ibid.*, p. 22.

avec le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) doivent être repensés dans le cadre de ce partenariat. En effet, le personnel du service social de la CARSAT devient un détecteur de situation de non-recours et doit pouvoir être en mesure d'informer de manière précise et d'orienter les personnes qu'elle reçoit dans le cadre de ses missions vers les services de la CPAM afin d'étudier et d'ouvrir les droits auxquels ces personnes pourraient prétendre.

De plus, le travail en partenariat implique également de nouvelles compétences pour les agents de la CPAM²²⁴. En effet, la détection devient une mission à part entière des agents notamment des agents d'accueil. Ils doivent développer des capacités de repérage des personnes en situation de non-recours mais doivent également être en capacité de répondre aux besoins et demandes spécifiques de ce public et de les informer de manière précise sur les droits auxquels il pourrait prétendre.

Enfin, du côté du secteur associatif, le partenariat est rendu difficile pour la CPAM. L'une des principales causes selon cette dernière est que la majorité du personnel de ces associations est bénévole. Ainsi, l'accompagnement des bénéficiaires se fait en fonction du temps et des compétences de ces bénévoles. Il s'agirait donc pour ces bénévoles de pouvoir informer et orienter les usagers vers les services de la CPAM compétents. Or, ces bénévoles ne sont pas formés et n'ont pas toujours le temps de pouvoir répondre aux besoins des bénéficiaires en dehors de la mission pour laquelle ils se sont engagés.

B. Un dispositif spécifique : les permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS)

Ce dispositif est un service dans les centres hospitaliers. Il a été créé par la loi contre les exclusions de 1998²²⁵. Il propose des consultations médico-sociales à des personnes n'ayant pas de couverture maladie²²⁶. Le public visé est donc constitué de patients qui n'ont pas de couverture maladie ou une couverture maladie partielle. La majorité des patients n'ont pas initié de démarche d'ouverture de droits lorsqu'ils se présentent dans une PASS. D'autres ont commencé une démarche mais reviennent vers la PASS car ils n'ont pas renouvelé leurs droits ou que ceux-ci ont été interrompus suite à un changement de situation. Les personnels des PASS sont alors des détecteurs des situations de non-recours pour permettre à ces patients d'accéder aux soins. L'objectif premier est donc d'ouvrir des droits à ces personnes. Il existe des PASS dites « transversales » c'est à dire qu'elles accompagnent les patients de tous les services d'un centre hospitalier et des PASS spécifiques comme la PASS psychiatrique, dentaire, etc.

224 REVIL Hélène, *Ibid.*, p. 22.

225 DE GOËR Bruno, « Accès aux soins : impairs et Pass », *op. cit.*, p. 20.

226 DE GOËR Bruno, *Ibid.*, p. 20

1) Un partenariat difficile avec les travailleurs sociaux

Les professionnels de l'accompagnement que nous avons rencontrés, notamment dans les centres d'hébergement, ont souligné à plusieurs reprises les difficultés qu'ils rencontrent avec la PASS. En zone rurale, l'hôpital dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé spécialisée pour les pathologies psychiatriques. Or, les travailleurs sociaux ont des difficultés à orienter leurs usagers au sein de ce dispositif. En effet, comme nous l'avons dit, la PASS psychiatrie estime, d'après ces professionnels, que l'utilisateur présente des difficultés addictologiques et non psychiatriques et considère que l'utilisateur ne peut intégrer ce dispositif : « *On a un peu de mal à travailler avec la psychiatrie. C'est vraiment le frein qu'on rencontre aujourd'hui* », (Professionnels du CHRS en zone rurale).

On perçoit ainsi une incompréhension entre les travailleurs sociaux et les personnels de la permanence d'accès aux soins de santé psychiatrie. Toutefois, les travailleurs sociaux reconnaissent qu'ils sollicitent souvent ce service en cas d'urgence : « *Même s'ils n'ont pas d'ouverture de CMU et autre, justement la PASS nous permet que les personnes puissent bénéficier de soins s'il y a des urgences à traiter* », (Professionnelle du CHRS en zone rurale).

En zone urbaine, la permanence d'accès aux soins de santé n'est pas spécialisée. Les travailleurs sociaux nous expliquent qu'ils ont des difficultés à travailler avec les personnels des permanences d'accès aux soins de santé car ces derniers ont beaucoup de dossiers à traiter et ne répondent pas toujours aux demandes des travailleurs sociaux. Ils expliquent que les personnels des PASS sont débordés, sont peu nombreux et ont peu de moyens pour un grand nombre de patients.

Là encore, les travailleurs sociaux des CHRS en zone urbaine ressentent une incompréhension des personnels des PASS quant à leurs demandes. Comme ils l'expliquent, les professionnels des PASS sont peu nombreux et ont beaucoup de dossiers à traiter. Ainsi, un des travailleurs sociaux du CHRS nous explique qu'il s'est vu restreindre ses demandes d'aide à la réalisation de dossiers administratifs urgents, le professionnel du PASS lui aurait répondu qu'il traitait le dossier « *une fois mais pas deux* ».

Enfin, les partenariats entre les travailleurs sociaux et les professionnels des permanences d'accès aux soins de santé reposent davantage sur des relations de confiance entre les personnes. Il s'agirait moins d'un partenariat entre structure qu'entre personnes. En effet, les travailleurs sociaux en zone urbaine éprouvaient, durant notre enquête, des difficultés à travailler avec les professionnels de la permanence d'accès aux soins de santé. Le partenariat reposait sur un lien de confiance et de bonne entente entre professionnels. Or, la permanence d'accès aux soins de santé a connu un renouvellement de son personnel. Les travailleurs sociaux des CHRS doivent alors renouer un lien de confiance avec le nouveau professionnel, ce qui impacte sur l'accompagnement des démarches administratives des usagers. Il s'agit de redéfinir les modalités de partenariat, des liens de communication entre ces professionnels, alors même que les structures ne se sont pas transformées.

2) Les limites du dispositif

Tout d'abord, dans les entretiens menés, le manque de communication semble être un frein au travail partenarial entre les travailleurs sociaux et les professionnels des PASS. En effet, les professionnels des CHRS en zone urbaine ressentent un retard par rapport aux grandes villes de la région des Hautes de France. L'une des professionnelles a découvert ce dispositif lors d'une formation d'une ville des Flandres. On peut ici remarquer le manque de communication autour de ce dispositif. En effet, la professionnelle nous explique qu'elle a découvert ce dispositif récemment (il y a deux ans) alors même que ce dispositif a été instauré par la loi contre les exclusions de 1998.

Nicolas Duvoux dresse une autre critique. En effet, selon lui, les administrations n'ont pas réussi à dépasser l'approche en terme de ciblage de population. Mettre en place des dispositifs très spécifiques à certaines populations implique une marginalisation grandissante de cette population et l'enfermerait dans ces dispositifs. La loi de 1998 organise, d'après cet auteur, la pauvreté en définissant un « statut de pauvre »²²⁷. Les dispositifs spécifiques légitimeraient les situations d'exclusion. Les PASS seraient alors un des dispositifs spécifiques, associées à une population en situation de grande précarité et qui marginaliseraient davantage cette population.

Enfin, Bruno De Goër explique que ce dispositif a tendance à se pérenniser pour cette population et rend difficile un retour à l'autonomie et dans le droit commun. Les personnes qui sont accompagnées par les permanences d'accès aux soins ont pour la plupart, perdu confiance en la profession médicale. « Plus les personnes connaissent de difficultés sociales persistantes, moins elles ont confiance à priori dans les professionnels »²²⁸. Le rôle du médecin des PASS serait alors en premier lieu d'instaurer une relation de confiance avec le patient, relation de confiance avec la profession médicale et non envers un médecin particulier (ce dispositif étant provisoire avant l'accès aux droits de santé de la personne). Un lien devrait alors se créer entre le médecin de la ville et le médecin de la PASS afin de favoriser la confiance du patient envers son futur médecin traitant et de favoriser son retour dans le droit commun. Cette confiance ne pourrait se construire, selon lui, qu'à travers une relation durable et pérenne entre le médecin et son patient. En effet, entrer dans une nouvelle relation avec un médecin traitant implique de devoir raconter à nouveau ses difficultés. Les obstacles au recours aux soins peuvent resurgir : peur de la stigmatisation, peur de ne pas comprendre, peur du refus de soins. Pour Bruno de Goër, « une nouvelle relation de confiance demande une énergie psychique non négligeable et peut s'avérer très difficile pour de nombreux patients ». La mise en confiance du patient envers la profession médicale et non envers un professionnel de santé, représenté par le médecin des PASS, est alors primordiale pour que ce patient s'inscrive à nouveau dans le droit commun. La relation entre le médecin de la PASS et le patient ne doit alors pas se pérenniser car lorsque le patient accède aux droits de santé, celui-ci doit changer de médecin. Ce

227 DUVOUX Nicolas, *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, op. cit., p. 34.

228 DE GOËR Bruno, « Accès aux soins : impairs et Pass », op. cit., p. 22.

changement de situation peut alors être vécu comme un échec pour la personne, alors même que comme nous l'avons vu, son parcours peut être marqué par différentes formes d'instabilités notamment d'instabilité des liens sociaux.

C. La volonté de travailler en réseau

L'accompagnement par les professionnels ainsi que les dispositifs mis en place par la CPAM sont autant de leviers dont l'utilisateur peut se saisir pour accéder à ses droits et aux soins. Toutefois, l'ensemble de ces actions ne sont pas mises en relation ou en cohérence et deviennent, en réalité, un frein pour l'utilisateur. En effet, comme nous l'avons dit le mille-feuille d'actions perd l'utilisateur dans les potentielles aides qu'il pourrait trouver.

Ce travail en réseau est difficile à mettre en place pour différentes raisons. D'abord, l'accompagnement d'une personne peut passer par un ensemble d'institutions et de structures. D'après Jean Luc Outin²²⁹, ce sont d'abord les cadres institutionnels qui définissent ce qu'est l'accompagnement et ce, pour chaque champs d'intervention. Toutefois, le contexte économique, politique et social a fait évoluer ces champs d'intervention qui prennent aujourd'hui diverses formes (privées, publiques, caritatives, du secteur associatif etc.). Chacun de ces champs d'intervention a ses propres ressources, ses propres contraintes mais aussi ses propres représentations sur ce que doit être l'accompagnement et sur les effets de celui-ci. Le travail en réseau implique donc en amont un travail de mise en cohérence de ces représentations afin que chacun puisse y trouver sa place et que l'utilisateur ne soit pas confronté à différentes visions de l'accompagnement qui impliqueraient différentes façons d'envisager des solutions. En effet, si les professionnels ne sont pas en cohérence, l'utilisateur risque d'être perdu entre différents discours, différentes manières de traiter sa difficulté, ce qui peut également l'amener dans une situation de non-recours.

Ce travail en réseau ne se joue pas uniquement entre institutions ou entre structures. Il doit également prendre en compte les professionnels au sein de ces champs d'intervention. En effet, au sein même de ces champs, différentes professions sont présentes. Chacune de ces professions a également ses propres représentations de l'accompagnement, de ses modalités et de ses effets. Là encore, le travail en réseau suppose en amont une connaissance des normes d'intervention de chacun afin que chacun puisse aider l'utilisateur en fonction de son champs de compétences dans un accompagnement plus global et cohérent de celui-ci.

1) Le travail en réseau : des représentations différentes en fonction des structures

Comme nous l'avons vu, les professionnels de l'accompagnement social que nous avons rencontrés regrettent le manque de contact avec les institutions comme la CPAM. Philippe Warin²³⁰ constate quant à lui un manque de guidance dans le parcours de soins

229 OUTIN Jean-Luc, Ibid., p 251.

230 WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD – rapport d'étude, op. cit.,p.45.

d'une personne. Il définit le manque de guidance comme le « manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social ». Or, comme nous l'avons dit, afin de prendre en compte l'intégralité des difficultés des personnes, l'accompagnement devrait être global. Pour cela, la mobilisation de l'ensemble des dispositifs institutionnels à disposition des professionnels et des usagers de manière transversale²³¹ peut s'avérer intéressante. Pour Jacques Outin, la fonction de coordination devient essentielle dans la mesure où elle « met en cohérence » les actions²³². La guidance consisterait alors à orienter le patient dans son parcours de soin tant au niveau des professionnels de santé à rencontrer, que des actes à effectuer en fonction de ses besoins et ressources, qu'au niveau des démarches administratives pour pouvoir les réaliser. Ainsi, orienter un patient ou un usager pour lui proposer la meilleure réponse possible en vue de sa situation, implique une bonne connaissance des offres et dispositifs d'un territoire. Pour cela, le travail en réseau semble inévitable dans la mesure où chacun doit savoir ce que l'autre peut apporter à l'utilisateur.

Comme nous l'avons dit, l'accompagnement est différent en fonction des structures : il prend en compte l'ensemble des difficultés de l'utilisateur et est réalisé par un professionnel dans les centres d'hébergement. Il est davantage centré sur l'aide alimentaire en premier lieu dans les structures d'aide alimentaire et peut être étoffé par des demandes ponctuelles en fonction des compétences des bénévoles.

Ainsi, le travail en réseau n'est pas perçu de la même manière en fonction de ces structures. En centre d'hébergement, dans lequel l'accompagnement est plus global, le partenariat est pensé de manière durable et permet de gagner du temps sur le travail des professionnels.

Le travail en réseau permet notamment d'éviter les doublons. La volonté de travailler en réseau, selon les professionnels que nous avons rencontrés permettrait d'éviter les doublons d'actions et de gagner du temps sur d'autres. La majorité des professionnelles ont exprimé cette nécessité de gagner du temps sur les démarches par le biais d'un travail en réseau. Une des professionnelles d'une structure d'accompagnement sanitaire et social explique que si la personne ne se souvient pas des démarches qu'elle a déjà effectuées en entrant dans la structure, les professionnels recommencent l'ensemble des démarches : « *En même temps, des fois, ça permet de ne pas perdre de temps (...) la personne, elle arrive chez vous, elle se souvient pas qu'on a déjà fait tout ça donc on recommence tout* », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2).

Une autre professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social exprime également cette idée de ne pas faire de doublons et d'éviter les pertes de temps : « *Avec plusieurs associations on se rencontre, on essaye de se coordonner, de pas faire de doublons pour ne pas faire perdre de temps aux professionnels et aux bénéficiaires.* », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 1).

231 OUTIN Jean – Luc, « L'accompagnement : des interventions à la pratique » op.cit., p. 250.

232 OUTIN Jean-Luc, Ibid., p. 251.

En revanche, pour les associations d'aide alimentaire dans lesquelles l'accompagnement est davantage ponctuel, le partenariat est davantage perçu de manière ponctuelle à l'occasion d'actions ou d'animations proposées.

Dans une des associations d'aide alimentaire dans laquelle nous nous sommes rendues, elle fait ainsi appel à des associations lorsqu'elle organise des événements. Il s'agit d'un partenariat ponctuel en fonction des activités proposées aux bénéficiaires de l'association. La professionnelle que nous avons rencontrée prend l'exemple d'une activité sur la cuisine pour laquelle ils ont fait appel à une association partenaire :

« On peut très bien faire appelle à des associations qui voilà, qui font quelques petits plats et les bénévoles bénéficiaires sont là pour déguster. (...) Oui bah c'est comme je vous disais, la cuisine donc il y a une association qui est sur L., j'ai plus les noms en tête, qui s'occupe de tout ce qui est domaine bio, qui sont intervenus, », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

2) Le travail en réseau : difficultés et limites

Comme nous l'avons évoqué, le travail en réseau peut présenter différentes difficultés, pointées par les professionnels que nous avons rencontrés. En zone rurale, les professionnelles pointent leurs difficultés à mettre en place des partenariats. En effet, le fait d'être excentré semble être un frein à la mise en place de partenariats. Hormis les partenariats entre institutions, les partenariats avec des associations par exemple sont difficiles à mettre en place : *« Nous, à part le service addictologie, la PASS, et l'équipe mobile quand on en a besoin, on n'a pas de partenaire. C'est aussi peut-être parce qu'on est excentré des grandes villes donc c'est peut-être un peu plus compliqué », (Professionnelle du CHRS en zone rurale).*

Ces professionnelles regrettent également ce manque de partenariat car elles expliquent ne pas pouvoir prendre en charge des actions supplémentaires à leurs domaines d'actions. Elles prennent l'exemple d'action culturelle qu'elles jugent pourtant avoir un effet positif sur la santé. Pour cela, elles estiment que le partenariat avec une association ou une institution pourrait pallier ce manque de moyens de leur structure :

« Et puis c'est le manque de structures, parce qu'on a pleins d'idée mais on manque de finances sur l'aspect... Les centres d'hébergement n'ont pas de budget alloué pour les actions d'insertion culturelle, donc c'est aussi un choix que nous faisons aujourd'hui parce qu'on a vu les avantages que ça avait sur la santé, sur l'insertion pro. Par exemple, le partenariat avec la SPA, ça a quand même débouché sur une embauche au final », (Professionnelle du CHRS en zone rurale)

Une des professionnelles d'une structure d'accompagnement sanitaire et social explique toutefois qu'il est important de respecter la vie privée des personnes accompagnées dans le cadre de ce travail en réseau. En effet, cette structure a mis en place un « dossier partagé », accessible aux membres du réseau mais elle en explique les limites :

« C'est pour ça aussi que dans le cadre du réseau, on a mis en place ce qu'on appelle un dossier social partagé et il faut toujours que tout se fasse dans le respect des droits de la personne. Il n'est pas question de raconter la vie des gens à tout le monde », (Professionnelle d'une structure d'accompagnement sanitaire et social en zone urbaine 2)

3) Un levier pour les usagers

Le travail en réseau permet ainsi un accompagnement global de la personne. En effet, lorsqu'une personne rencontre un professionnel ou un bénévole de l'accompagnement social, celui-ci n'est pas toujours en mesure de répondre à l'ensemble de ses difficultés. Chaque structure a sa propre spécificité. Même si l'accompagnement doit être global, le travailleur social ne peut parfois pas répondre à l'ensemble des difficultés de l'usager et doit pouvoir trouver un relais. Les professionnels auraient en effet besoin de « relais pour prendre en compte des situations complexes qui ne relèvent pas de leurs seules compétences »²³³. L'une des professionnelles du CHRS en zone urbaine expliquait par exemple qu'elle accompagnait une enfant qui souffrait de problèmes psychologiques et qui se mettait en danger constamment. Ainsi, lorsque cette professionnelle l'empêchait de se mettre en danger, l'enfant entraînait dans une crise de nerf que la professionnelle peinait à canaliser. Selon elle, maîtriser cette enfant ne relève pas de sa fonction. Or, un travail en réseau aurait permis de la former et de pouvoir compter sur un soutien de professionnels de santé par exemple lors de ces crises.

De plus, le travail en partenariat peut permettre à l'usager de développer son réseau professionnel, son réseau social mais également des compétences.

La bénévole d'une association d'aide alimentaire en zone rurale explique que les partenariats peuvent également être un levier d'insertion pour les bénéficiaires :

« Même ça peut être des commerçants. Ça peut être par exemple les vergers T. ils sont très bien ils nous aident beaucoup, il nous ont donné beaucoup de pommes, voilà. Quelques fois ils ont besoin de gens pour faire la cueillette, ça peut être ce genre de choses. Il y a des bénéficiaires qui étaient euh ... Moi la première année, quand je suis arrivée (à l'association) il y avait notamment l'une d'entre elles, c'était un jeune homme qui avait un handicap, mais qui était très volontaire et qui voulait absolument aider donc il est allé, enfin il est allé au verger T. pour faire la cueillette des pommes tout ça et après il est venu (à l'association), a pu obtenir un petit job donc. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

Enfin, cette bénévole explique que les partenariats peuvent également être un moyen de sensibilisation. L'association est par exemple, partenaire d'une école avec qui elle réalise des

animations. Les enfants ont été sensibilisés aux aides apportées aux enfants en situation de grande précarité :

« Mais, en fait ce sont des tas de personnes, parce qu'il y a même des écoles qui interviennent. Une école notamment qui a fait justement beaucoup d'animations pour les enfants, donc avec d'autres enfants justement qui expliquait un peu comment ça fonctionnait, et ce que les enfants dans les classes pouvaient aider, comment elles pouvaient aider les enfants qui n'avaient pas possibilité, qui venaient (à l'association). Bon, je trouve que c'est très bien au contraire. C'est, vraiment je dirais que toutes les possibilités, on ... on va les chercher de toute façon. », (Bénévole d'une association d'aide alimentaire)

S'il existe divers dispositifs mis en place notamment par la CPAM, comme celui des « détecteurs de non-recours » ou encore les systèmes d'accompagnement des personnes en situation de non-recours, ces derniers restent largement méconnus par les professionnels de CHRS ou d'associations d'aide alimentaire. De la même manière, les permanences d'accès aux soins et à la santé, qui se développent sur le territoire, restent parfois inaccessibles. Dans ce cadre, les professionnels du social vont exprimer la volonté de travailler en réseau et de mutualiser les diverses ressources, afin de pouvoir assurer un accompagnement complet pour leurs usagers.

Ainsi, l'accompagnement par les travailleurs sociaux des personnes en situation de grande précarité se veut être un accompagnement global. Il nécessite du temps afin qu'une relation de confiance se crée et que l'ensemble des difficultés sociales d'une personne soit pris en compte. Ce dernier se fait notamment sous forme d'écoute et d'accompagnement physique et rencontre certaines difficultés de mise en place que les professionnels tentent de contourner. Le peu de contact avec les institutions comme la CPAM ou avec les professionnels de santé ainsi que le manque de ressources mutualisées sont autant de freins qui rendent difficile l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité. Pour pallier ces contraintes, les institutions ont mis en place des dispositifs d'accès aux droits de santé. Cependant, ces dispositifs présentent également des limites, nouveaux freins pour les professionnels de l'accompagnement sanitaire et social. Le travail en réseau semble donc être aujourd'hui une réponse envisagée par les professionnels et bénévoles.

CONCLUSION

Cette recherche-action s'intéresse au renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité.

Durant l'enquête, nous avons tout d'abord constaté l'immense diversité que peut renfermer l'appellation « personnes en situation de grande précarité ». En effet, les profils et parcours de vie des individus que nous avons rencontrés sont hétérogènes. Il peut s'agir de personnes immigrées sans logement stable, de personnes dont les ruptures familiales ont accéléré la perte de logement, de travailleurs pauvres détenant de faibles ressources, de personnes issues du dispositif d'aide sociale à l'enfance, etc. Malgré cette diversité, nous avons pu observer, dans tous les cas, la présence de différentes formes de précarité, qu'elles soient liées à l'emploi ou au travail, au logement, ou encore aux liens sociaux et à la mobilité. Toutes ces formes se cumulent d'ailleurs très largement. Analyser ces parcours nous a permis de percevoir la place que tient la santé dans la vie de ces individus, la façon dont ils l'appréhendent, ainsi que la fréquence à laquelle ils recourent aux soins. Les résultats ont d'ailleurs mis en évidence que, s'ils sont presque tous bénéficiaires de la CMU aujourd'hui, ça n'a pas toujours été le cas tout au long de leur parcours ; et cela ne les amène pas pour autant à utiliser les offres de soins lorsqu'ils en ont besoin. Ils restent donc régulièrement dans des formes de renoncement aux soins.

Ce renoncement, comme nous l'avons démontré, provient de divers facteurs. Tout d'abord, leurs conditions de vie jouent un rôle important. En effet, les diverses instabilités, qu'elles soient liées à l'emploi, au logement, à leur manque de mobilité ou encore à une désocialisation fréquente, les empêchent souvent de recourir aux soins, ou créent chez eux une forme de désintérêt pour ces derniers. Cependant, ceci n'est pas la seule explication. Les nombreuses contraintes institutionnelles que peut sous-tendre le recours aux soins ont également un impact. Celles-ci peuvent être liées au manque d'information qui reste courant, à la complexité administrative régulièrement citée, et sa dématérialisation. La stigmatisation dont peuvent parfois se sentir victimes les bénéficiaires de la CMU peut également être un élément moteur dans le renoncement aux soins. Enfin, les professionnels de santé, leur manque d'accessibilité ainsi que leurs pratiques représentent une cause essentielle de non-recours aux soins. La difficulté d'obtenir des rendez-vous, ou encore se retrouver face à des refus de certains médecins de les recevoir, amènent souvent les individus à se décourager et à décider de ne plus consulter. De même, lors des consultations, la distance entre ces professionnels et les personnes, voire des mauvaises expériences, sont largement évoquées. Le sentiment de ne pas être écouté ou compris peut donc entraîner une rupture avec les démarches de soins.

L'objectif de l'étude, outre le fait de comprendre comment et pourquoi les personnes en situation de grande précarité renoncent aux soins, était également de s'interroger sur le rôle qu'ont ou que peuvent avoir les structures qui accompagnent ces personnes dans leurs par-

cours de soins. Les diverses fonctions et formes de l'accompagnement ont donc été mises en exergue. Les professionnels du social ainsi que la relation de confiance qu'ils installent sont importants pour les individus qu'ils accompagnent. Ils mettent souvent en œuvre tout ce qui est possible pour permettre un retour vers l'accès aux soins. Ceci malgré les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, autant dans leurs relations avec d'autres acteurs du social et de la santé que face aux manques de moyens. Le manque de liens entretenus entre les professionnels du social et le corps médical peut effectivement avoir une influence sur l'accompagnement mené mais aussi sur les possibilités de recours et d'accès aux soins des individus.

Si des dispositifs existent aujourd'hui et peuvent avoir un impact positif dans l'amélioration du recours aux soins des personnes en grande précarité, il nous semble nécessaire de les mettre davantage à profit et à disposition des professionnels du social qui accompagnent ces individus, ainsi que de mettre l'accent sur le travail en réseau pour un accompagnement global et généralement plus efficace.

Cette recherche-action, si elle ne peut être ni représentative ni généralisée, met cependant en évidence certaines observations quant aux diverses difficultés des personnes en situation de grande précarité à se soigner. Cette recherche-action pourrait être approfondie. Il serait également important de s'intéresser à l'accompagnement social mené au sein d'organismes publics délivreurs de prestations sociales, ainsi qu'aux liens que ces derniers nouent avec d'autres structures sociales. Il paraîtrait aussi pertinent d'étudier les relations entre les professionnels de santé et les personnes précaires. Néanmoins, cette étude permet, d'ores et déjà d'avancer certaines préconisations d'action.

Préconisation n°1

La news-letter à destination des professionnels de l'accompagnement sanitaire et social

Objectifs :

- Informer des évènements, formations que la CPAM organise
- Informer des évolutions techniques et législatives dans les démarches d'accès aux soins

La news-letter est un bulletin d'information informatisé reçu par toute personne qui y est inscrite.

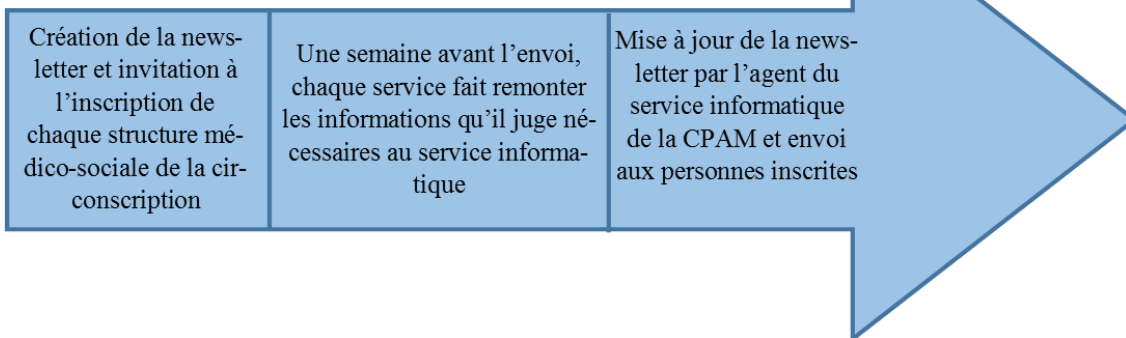
Chaque mois, les professionnels de l'accompagnement sanitaire et social recevront une news-letter de la CPAM

Par qui ?

Un agent du service informatique de la CPAM en partenariat avec chaque service de la CPAM



Organisation



Evaluation :

- Inscription des professionnels de l'accompagnement sanitaire et social à la news-letter
- Des professionnels mieux informés

Préconisation n°2

Le « pair aidant », salarié de la CPAM

Objectif :

- Mieux comprendre et prendre en compte les difficultés rencontrées par les usagers des structures médico-sociales

Le « pair aidant » est une personne ayant fréquenté une ou plusieurs structures et qui apporte son aide par ses connaissances et son vécu

Le « pair aidant » peut être appelé par la CPAM pour différentes actions (maraudes, organisation d'évènements, de formations à destination des professionnels de l'accompagnement social et sanitaire).

Par qui ?

Toute personne ayant fréquenté une ou plusieurs structures médico-sociales et qui possède des compétences d'écoute et de conseil



Organisation



Evaluation :

- Des assurés mieux accompagnés
- Des professionnels et agents de la CPAM mieux informés

Préconisation n°3 Un référent unique du secteur médico-social de la CPAM

Objectifs :

- Partenariat privilégié avec la CPAM pour les structures médico-sociales
- Traiter les dossiers urgents dans les meilleurs délais

Le référent unique est en charge uniquement des dossiers d'usagers du secteur médico-social

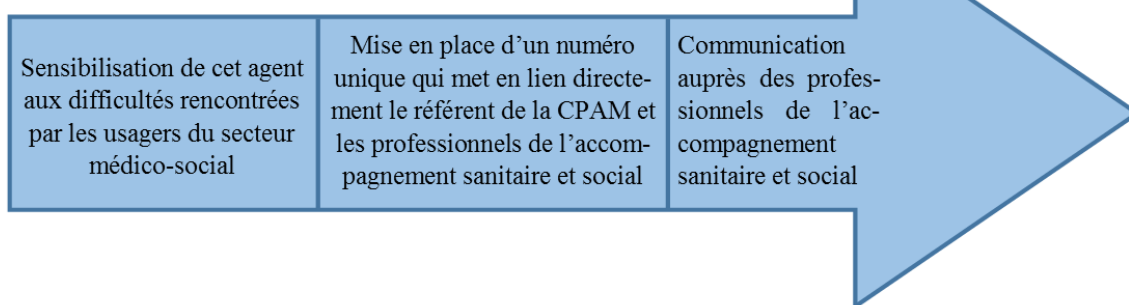
Le référent unique peut faire appel à un « pair aidant » afin de l'aider à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les assurés.

Par qui ?

- Un agent de la CPAM (réfèrent du secteur médico-social)
 - Un « Pair aidant »



Organisation



Evaluation :

- Baisse du non-recours dans les structures participantes
- Augmentation du suivi des personnes par la CPAM

Préconisation n°4 La maraude des droits de santé

Objectifs :

- Permettre à chaque assuré de connaître ses droits
- Créer un lien entre la CPAM et l'assuré

La maraude est une action qui vise à aller à la rencontre des personnes sur leurs lieux de vie

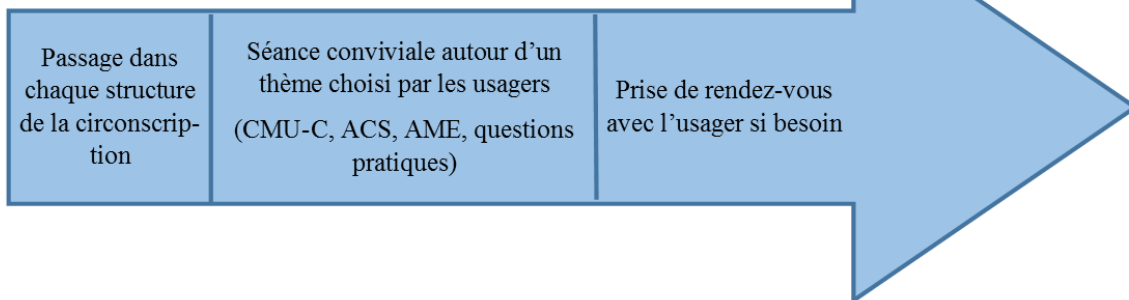
Le « pair aidant » est une personne ayant fréquenté les CHRS et/ou structures d'aide alimentaire et qui accompagne l'agent pour une meilleure prise en compte des difficultés des usagers

Par qui ?

- Un agent de la CPAM (référént du secteur médico-social)
- Un « pair aidant »



Organisation



Evaluation :

- Baisse du non-recours dans les structures participantes
- Autonomisation des usagers

Préconisation n°5

Le partenariat entre la CPAM et les CHRS

Objectifs :

- Traiter les dossiers d'ouverture et de renouvellement de droits des usagers dans les meilleurs délais
- Former les professionnels de l'accompagnement social

Le partenariat est basé sur les modalités de partenariats déjà existants au sein de la CPAM

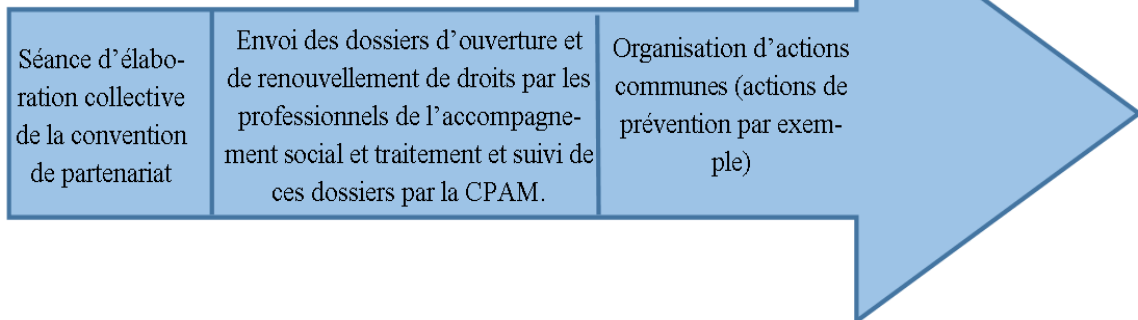
Les modalités du partenariat seront décidées collectivement par les services compétents de la CPAM et par les structures.

Par qui ?

- Un agent de la CPAM (réfèrent du secteur médico-social)
- Les professionnels de l'accompagnement de ces structures



Organisation



Evaluation :

- Baisse du non-recours dans les structures participantes
- Augmentation du suivi de dossiers par la CPAM

Ce partenariat peut être élargi à l'ensemble des structures d'accompagnement sanitaire et social. Il permet de regrouper les associations partenaires de la CPAM dans le cadre de réunions multisectorielles. Cela permettra la création d'un réseau entre l'ensemble des structures d'un territoire et d'assurer une meilleure mutualisation des ressources.

Un exemple d'action de prévention sur les droits des bénéficiaires de la CMU (dans le cadre du partenariat CPAM- CHRS)

Objectifs :

- Permettre à chaque assuré de connaître ses droits
- Créer un lien entre la CPAM et l'assuré

L'action présentée se déroule dans un CHRS dans le cadre du partenariat avec la CPAM

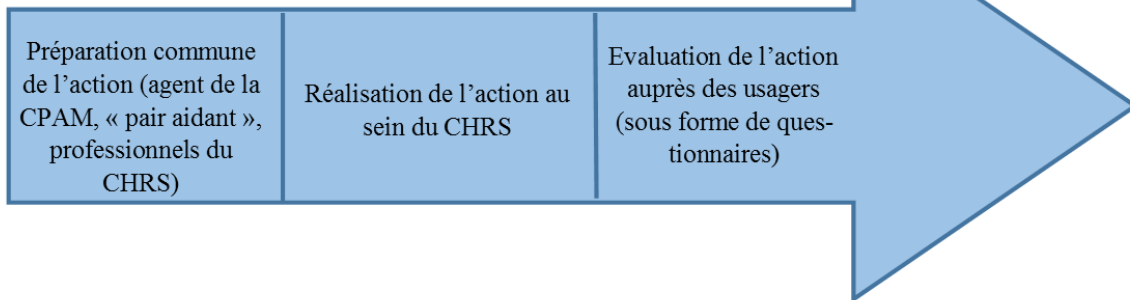
La présence du « pair aidant » dans ces actions de prévention peut s'avérer primordiale pour rassurer les assurés et leur permettre de s'exprimer plus librement.

Par qui ?

- Un agent de la CPAM (réfèrent du secteur médico-social)
 - Un « Pair aidant »



Organisation



Evaluation :

- Des assurés mieux informés
- Augmentation du recours aux différents services de la CPAM par ces assurés

Préconisation n°6

Sensibilisation auprès des professionnels de santé

Objectifs :

- Favoriser les relations entre les patients et les professionnels de santé
- Harmoniser les pratiques entre les professionnels de santé et les professionnels du social
- Meilleure prise en compte des conditions de vie des individus dans la délivrance de traitements
- Amélioration de la prise en charge globale des individus



Les documents d'informations permettent de sensibiliser les professionnels de santé aux difficultés sociales de certains patients

Par qui ?

- La CPAM en collaboration avec l'ARS



Organisation

Guide de recommandations de bonnes pratiques (CMU-C, AME)

- Systématicité des délivrances de traitements remboursés
- Orienter et accompagner les patients vers les spécialistes (notamment les dentistes)

Documents d'informations et de sensibilisation

- Informations relatives aux dispositifs de soins et de santé du territoire
- Informations relatives aux CHRS et associations d'aide alimentaire

Evaluation :

- Limiter le renoncement des soins les plus spécialisés
- Un meilleur accompagnement des usagers

Préconisation n°7

Favoriser la participation des usagers

Objectifs :

- Favoriser la prise de parole des usagers
- Développer de nouveaux liens sociaux pour les usagers en dehors de leur cadre de vie quotidien
- Donner un pouvoir d'agir aux usagers

La prise de parole des usagers peut être favorisée par différentes méthodes participatives (activités ludiques, activités d'échange de

La mobilisation d'une instance extérieure peut permettre aux usagers de s'exprimer plus librement

Par qui ?

- Les usagers
- Délégué d'une instance de discussions des personnes



Organisation

Elaboration et réalisation d'une activité commune par les usagers et le délégué (thème à aborder, forme de l'échange...).

Exemple : Discussions sur les mauvaises expériences vécues chez le médecin.

Suite aux témoignages recueillis, réalisation d'actions et/ou d'outils par les usagers. Forme et contenu décidés par ces derniers.

Exemple : Réalisation de scénettes des mauvaises expériences vécues par les usagers.

Présentation et/ou diffusion des actions et outils réalisés

Cette action regroupe, chaque mois, des usagers de différentes structures, dans un lieu différent (CHRS, association d'aide alimentaire,

Evaluation :

- Meilleure connaissance des besoins et difficultés des usagers par les institutions
- Taux de participation des usagers

BIBLIOGRAPHIE

Non-recours :

BERRAT Brigitte, « Ceux qui ne demandent rien : hors jeu, résignés ou résistants ? », *Vie sociale*, 2008, vol.1, n°1, pp. 5-8.

CHAUVEAUD Catherine, VIAL Benjamin, WARIN Philippe (ODENORE), « Non-recours à l'offre d'enseignement et de formation des jeunes de 15-24 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles », (NOREF), *Rapport de recherche*, 19 avril 2016, 108 pages.

DESPRES Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité », *Anthropologie et Santé*, 2013, n°6, pp. 1-21.

GUTHMULLER Sophie, JUSOT Florence, WITTEWER Jérôme, « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », *Questions d'économie de la santé*, 2014, n° 195, 8 pages.

KOUBI Geneviève, « Services en ligne et droits sociaux », *Informations sociales*, 2013, vol. 4, n°178, pp. 44-51.

REVIL Héléna, « Le non-recours aux soins de santé ». *La vie des Idées*, 2014, 9 pages.

REVIL Héléna, « Le "non-recours" à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution », *La Revue de l'Ires*, 2014, vol. 2, n° 81, pp. 3-32.

VAN OORSCHOT Wim, « Les causes du non-recours. Des responsabilités partagées », *Recherches et prévisions*, 1996, n°43, pp. 33-49.

WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble : PUG, Coll. Politique en plus, 2007, 168 pages.

WARIN Philippe, *Le non-recours : définition et typologies*, ODENORE, 2010, 8 pages.

WARIN Philippe, « L'action sur le non-recours devant des résistances du travail social », *Revue française des affaires sociales*, 2014, vol. 1, n° 1-2, p. 64-77.

WARIN Philippe, *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard - Rapport d'étude*, ODENORE, septembre 2014, 100 pages.

Invisibilité :

BARONNET Juliette, LYET Philippe, POUJOL Virginie, VALLE Michel, « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes. Réalisation de focus groupes auprès de travailleurs sociaux », *FORS-recherche sociale, rapport pour l'ONPES*, 20 octobre 2015, 34 pages.

DUVOUX Nicolas, *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris : Le Seuil, Coll. La République des idées, 2012, 104 pages.

GATTI Gabriel, « Le parasite et le social invisible, acteur et territoire des astuces sociales et sociologiques », *Esprit critique*, vol. 4, n°9, septembre 2002, 10 pages.

LE BLANC Guillaume, *L'invisibilité sociale*, Paris : PUF, coll. Pratiques théoriques, 2009, 197 pages.

MAESTRACCI Nicole, « Le malaise du travail social », in BEAUD Stéphane, CONFAVREUX Joseph, LINDGRAAD Jade (dir.), *La France invisible*, Paris : La découverte, 2006, pp. 603-617.

PAGES Alexandre, *La pauvreté en milieu rural*. Toulouse : Presse Universitaires du Mirail, 2004, (2è ed., 2012), 199 pages.

ROY Shirley, « L'itinérance : visibilité et inexistence sociale », in CHATEL Viviane (dir.), *L'Inexistence sociale*, Fribourg, Ed. Universitaires de Fribourg, 2007, pp. 99-114.

TOMAS Julia, « La notion d'invisibilité sociale », *Culture et Société*, n°16, 2010, pp.103-109.

Précarité :

BARBIER Jean-Claude, « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale », *Revue française de sociologie*, 2005, vol. 46, n°2, pp. 351-371.

BRESSON Maryse (dir. DE SINGLY François), *Sociologie de la précarité*, Paris : Armand Colin, 2015, 126 pages.

CINGOLANI Patrick, *La précarité*, Presses universitaires de France, coll. Que sais-je?, 2015 (1ère édition 2005), 126 pages.

LANZARINI Corinne, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris : PUF, coll. Le sociologue, 2000, 280 pages.

Santé et hébergement :

ALIAGA Christel, BROUSSE Cécile, FOURNIER Louise, PLANTE Nathalie, « France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas », *Santé, Société et Solidarité*, 2003, n°1, *Pauvreté et exclusion*. pp. 97-113.

CHAPPUIS Marielle, LE BIHAN Yannick, TOMASINO Anne, « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : Les constats de médecins du monde », *Après-demain*, 2017, vol. 2, n°42, NF, pp. 3-5.

DANSCOINE Marion, LE GOFF Marion, MASSON Tiphaine, ROSENZWEIG Matthias, WECSSTEEN Camille (STETTINGER Vanessa dir.), « Les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle », *recherche-action – groupe de développement social de l'université Lille 3*, 2016, 167 pages.

DE GOËR Bruno, « Accès aux soins : impairs et Pass », *Plein droit*, 2015, vol. 106, n°3, pp. 19-22.

DESPRES Caroline, « La couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, vol. 41, n°1, pp. 33-43.

DESPRES Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 2013, vol. 32, n°2, pp. 71-96.

GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre, *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi*, La Documentation française, 2010, 236 pages.

JOUBE Élodie, PICHON Pascale, « Le chez soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire », *Les Annales de la recherche urbaine*, 2015, n°110, Villes et vulnérabilités, pp. 46-55.

LAPORTE Anne, CHAUVIN Pierre, *Rapport Samenta, Rapport sur La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, Observatoire du samu social de Paris, INSERM, 2010, 227 pages.

LOIGNON Christine, BOYER Sophie et al., *Projet EQUISanTE, rapport de recherche. Connaître les barrières entre les personnes en situation de pauvreté et les équipes de soins*, février 2015, 36 pages.

LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, 2005, vol. 3, n°8, pp. 31-39.

MARPSAT Maryse, FIRDION Jean-Marie, « Sans domiciles fixes à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement », *Sociétés contemporaines*, 1998, vol. 30, n°1, pp. 111-155.

MARSPAT Maryse, « Une forme discrète de pauvreté : les personnes logées utilisant les distributions de repas chauds », *Économie et Statistique*, 2006, n°391-392, pp. 65-85.

MOISY Muriel, *La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012*, DRESS, 2015, pp. 662-669.

NGUYEN-KHAC Apolline, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue française des affaires sociales*, 2017, n°1, pp. 187-195.

PARIZOT Isabelle, « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires », in LEBAS Jacques et CHAUVIN Pierre (dir.), *Précarité et Santé*, Paris : Flammarion, 1998, pp. 33-43.

PERETTI-WATEL Patrick, « Lien Social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Économie et Statistique*, 2006, n°391-392, Sans domicile, pp. 115-130.

PICHON Pascale, « Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire », *Communications*, 2002, n°73, Manières d'habiter, pp. 11-29.

PICHON Pascale, TORCHE, Thierry, *S'en sortir ... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint Etienne : PUSE, 2011, 276 pages.

PICHON Pascale, « Sortir de la rue. Question de recherche et enjeu d'action », *Le sociographe*, 2014, vol. 4, n°48, pp. 79-90.

YAOUANCQ Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, REGNIER Virginie (INSEE), LEGLEYE Stéphane, QUAGLIA Martine (INED), « L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », *INSEE Première*, Juillet 2013, n°1455, 4 pages.

Accompagnement :

CPAM, « Agir contre le renoncement aux soins », Dossier de presse, mars 2017.

MEGEVAND Francie, « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », in BALLAIN René, GLASMAN Dominique, RAYMOND Roland (dir.), *Entre protection et compassion*, Grenoble : PUG, 2005, pp. 179-200.

OUTIN Jean-Luc, « L'accompagnement : des interventions à la pratique », in LAFORE Robert, *Refonder les solidarités. Les associations au cœur de la protection sociale*, Paris : Dunod, 2010, pp. 243-254.

Méthodologie d'enquête :

BRUNETEAUX Patrick, LANZARINI Corinne. « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, 1998, n°30, pp. 157-180.

Sitographie :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques>

http://www.observatoiredesfragilites.fr/sites_I2G/prod/app/www/index.php?cont=ctl_home

Annexe 1 : Index des sigles

ACS	Aide à la Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale d'État
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
ASS	Allocation Spécifique de Solidarité
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de prévention en addictologie
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
FSL	Fonds Solidarité Logement
LUP	Ligne Urgence Précarité
ODENORE	Observatoire sur le Non Recours aux droits et services
ONU	Organisation des Nations-Unis
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PFIDAS	Plateforme d'Intervention d'Accès aux Soins
PPI	Projet Personnel Individualisé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
SAAS	Suivi Accompagnement à l'Accès aux Soins
SPIP	Services Pénitentiaires Insertion et Probation

Annexe 2 : Guide d'entretien des professionnels

Ce guide d'entretien a été réalisé sous forme de thèmes à aborder. L'ordre de ces thèmes n'a pas d'importance, l'entretien étant conduit sous forme de discussion avec le professionnel. Il dépend donc de la manière d'évoquer le sujet avec l'enquêté.

Thème 1 : Présentation de la structure

- Services et actions proposés (qui fait l'accompagnement, aides ponctuelles ou non, bénévoles, professionnels, nombre de personnes)
- Type(s) de public accueilli(s) et conditions d'accès (structure dite « bas seuil » ou pas)
- Communication auprès des usagers et professionnels pour se faire connaître / moyens de communication

Thème 2 : Partenariats et maillage de territoire

- Type(s) de partenariat (conventionné, officiel, sous contrat)
- Actions communes avec d'autres acteurs du territoire (structures dites « bas seuil » ou non »)
- Renvoie-t-elle vers d'autres structures ? Dans quel cadre ou condition (premier accueil...) ?

Thème 3 : Publics / Leur accès aux droits et soins

- Les difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins et à la santé ? Dans quels ensembles de difficultés ? Des typologies de difficultés ?
- Fréquence de la venue des usagers dans la structure / pour quelles raisons ?
- Comment ont-ils connu la structure ?
- Quel service est mobilisé le plus souvent ? Le moins souvent ?
- Mobilisation de plusieurs services de la structure
- Structure transitoire (sortie positive de la structure) ou pérenne (forme de dépendance)
- Sortie positive de la structure ou décrochage ? (actions mises en place pour les rechercher)

Thème 4 : Constats et besoins des professionnels

- Constats concernant l'accompagnement des usagers ? Rencontrent-ils des freins, des difficultés dans leurs demandes d'accès aux droits ? Quels besoins ? (aborder les raisons et effets du non-recours)
- Ressources des usagers pour répondre à leurs propres besoins, notamment en matière de soins et de santé
- Besoins des usagers (à comparer avec les besoins soulevés par les usagers eux-mêmes)
- Freins dans la mise en place des actions (par rapport aux liens avec les usagers, les partenaires institutionnels et autres associations ; freins matériels, financiers, etc)
- Besoins et freins des professionnels et impact dans leur rapport aux usagers

Annexe 3 : Entretiens Professionnels

LIEUX	DATE	PERSONNE RENCONTREE
Flandres		
Structure d'accompagnement sanitaire et social	1/03/17	Cheffe de service
Instance de discussion des personnes accompagnées	15/03/17	Délégué
Structure d'accompagnement sanitaire et social	19/04/17	Directrice du Pôle Santé

LIEUX	DATE	PERSONNE RENCONTREE
Hainaut – Cambrésis – Zone urbaine – Ville 1		
CHRS	3/04/17	7 professionnels : cheffe de service, 2 moniteurs éducateurs, 2 stagiaires(moniteur éducateur et technicien de l'intervention sociale et familiale), 1 éducateur spécialisé, 1 conseiller en économie sociale et familiale
CHRS	25/04/17	une monitrice éducatrice
CHRS	16/05/17	2 professionnels
CHRS	16/05/17	1 professionnel

LIEUX	DATE	PERSONNE RENCONTREE
Hainaut – Cambrésis – Zone urbaine – Ville 2		
Association Locale	30/03/17	Président et responsable technique
Structure d'Accompagnement sanitaire et social	18/04/17	Présidente et vice-présidente

LIEUX	DATE	PERSONNE RENCONTREE
Hainaut – Cambrésis – Zone rurale – Ville 1		
CHRS	26/04/17	Deux conseillères en économie sociale et familiale

LIEUX	DATE	PERSONNE RENCONTREE
Hainaut – Cambrésis – Zone rurale – Ville 2		
Association d'aide alimentaire	25/04/17	Bénévole Responsable volet soins

LIEUX	DATE	PERSONNE RENCONTREE
Institutions Hainaut – Cambrésis		
CPAM Hainaut	12/05/17	Manager Stratégique du Département Actions pour l'Inclusion Sociale et la Santé

Annexe 4 : Guide d'entretien des usagers

Ce guide d'entretien a été réalisé sous forme de thèmes à aborder. L'ordre de ces thèmes n'a pas d'importance, l'entretien étant conduit sous forme de discussion avec l'utilisateur. Il dépend de la manière d'évoquer le sujet avec l'enquêté.

Début de l'entretien :

En fonction du lieu de rencontre : comment avez-vous connu ce lieu ? Pourquoi y êtes-vous venu(e) ? Qui vous l'a conseillé ?

Thème 1 : Présentation de la personne

Situation familiale

- Situation actuelle (situation matrimoniale, familiale, résidentielle, etc)
- Trajectoires de vie et parcours sociaux
- Les parents : catégorie socio-professionnelle des parents, trajectoire de vie des parents, situation familiale, situation résidentielle
- Les enfants : âge, scolarité, formation, situation professionnelle, situation familiale, situation résidentielle

Trajectoire résidentielle

- Si la personne est rencontrée dans un CHRS* : date d'entrée, temps d'hébergement, éléments déclencheurs
- Si la personne est rencontrée dans un autre endroit que le CHRS* :
 - Autres lieux d'hébergement avant l'hébergement actuel
 - Conditions d'habitation : lieu d'habitation fixe, salubrité, déménagement

Parcours scolaire, professionnel

- Niveau d'étude et scolarité
- Situation professionnelle

Thème 2 : La structure (Aide alimentaire / CHRS)

Description de la structure / les services qu'elle propose : connaissance de l'ensemble des services de la structure ou non

Mobilisation et utilisation de l'ensemble des services ou non par les usagers

Leur avis vis-à-vis de la structure

- Les apports, les limites

- Les liens qui s'y créent (avec des professionnels ou d'autres personnes qui bénéficient de la structure)
- Ce qui a amené la personne dans cette structure / ce qui a potentiellement amené la personne à délaisser d'autres structures

Autres structures fréquentées

- Fréquentation d'autres structures ou non, de quel type, quel type d'accompagnement recherché dans ces structures
- Découverte de ces structures : comment, quand, par qui ?
- Les apports des ces structures
- Les manques / les avantages de ces structures
- Avis de l'enquêté sur la structure
- S'il y a, les autres services disponibles dans ces structures

Thème 3 : Mobilité géographique

- Mode(s) de déplacement(s) : véhicule personnel, transport en commun
- Accès à / aux structure(s) : facilité d'accès, par quel moyen de transport ?
- Facilité de localisation de/des structures

Thème 4 : lien(s) avec des travailleurs sociaux

Les professionnels

- Si la personne est en contact avec un professionnel de l'accompagnement social* : Qui ? Où ? (via une structure particulière ou non, via son réseau) Comment ? Depuis quand ? A quelle fréquence ? Quel(s) apport(s) / manque(s) dans l'accompagnement proposé ?
- Si la personne ne fréquente pas de professionnel de l'accompagnement* : la personne en a-t-elle déjà eu avant ? Si la personne n'en n'a jamais eu, quelles en sont les raisons (raisons ou n'en n'a pas eu besoin auparavant) ? Si la personne a bénéficié d'un accompagnement auparavant : Par qui ? Pourquoi ? Comment ? Combien de temps ?

L'accompagnement

- Besoins d'accompagnement, pour la personne et pour les autres (quelles propositions ?)
- Vécu / Ressenti de l'accompagnement
- Type d'accompagnement(s) dont elle dispose (difficultés traitées, propositions et solutions d'actions)
- Ressources dont elle dispose et manière de l'utiliser

Thème 5 : liens avec la famille, l'entourage, les ressources

Liens

- La personne est-elle en contact avec des membres de sa famille ? Des amis ?
- Proximité géographique
- Fréquence des rencontres
- Type d'aide apportée par l'entourage de la personne : solidarité matérielle, psychologique, financière, etc
- Si la personne a des difficultés dans ses démarches, reçoit-elle de l'aide de son entourage ?

Situation financière (exemple de question : « Et financièrement, comment vous vous en sortez ? »)

- Allocations / Minimas Sociaux
- Salaires / Indemnités
- Suivi de la part des professionnels pour la gestion de budget ou non, fréquence de l'aide
- Frein(s) / difficulté(s) d'accès aux droits

Thème 6 : Santé et démarches de soins

Trajectoire de prise en charge

- Médecin traitant / généraliste
- Autres professionnels de santé fréquentés (dentiste, etc)
- Fréquence des rendez-vous médicaux
- Couverture maladie ou non
- Difficultés d'accès aux soins : Quelles conséquences ? Quelles aides par rapport à cela ? Quels besoins ? De quelle nature ? De quelles ressources peut-elle disposer pour pallier ces difficultés ?
- CPAM (connaît-elle la CPAM, les services qu'elle propose, s'y est-elle déjà rendue), discussion sur les avantages et les limites de la CPAM, partant de situations vécues.
- Ce que la personne attendrait de la CPAM pour l'aider à accéder aux soins
- Discuter du rôle de la structure dans cet accompagnement : Quel type ? (physique ou non, aide dans les dossiers administratifs...)

La santé de l'individu

- Maladie(s) : passée(s), présente(s)
- Mal être physique / psychologique
- Consommation de substances addictives (alcool, etc).
- État de santé perçu sur une échelle de 0 à 10
- Conséquences, risques et craintes / importance accordée à la santé

Le bien être / l'hygiène de vie (« que faites-vous pour être bien ? »)

-Sommeil

-Alimentation

-Soins du corps, hygiène

-Pratiques informelles

Annexe 5 : Entretiens Publics

LIEU	DATE	PERSONNE REN- CONTREE	AGE
Flandres			
Dans la rue	16/05/17	Simon	36 ans
Structure d'Accom- pagnement sanitaire et social	19/05/17	Alexandre	25 ans
Structure d'Accom- pagnement sanitaire et social	19/05/17	Bastien	40 ans

LIEU	DATE	PERSONNE REN- CONTREE	AGE
Hainaut Cambrésis – Zone urbaine			
CHRS	10/04/17	Justine	52 ans
CHRS	10/04/17	Ivana	29 ans
CHRS	10/04/17	Hawa	46 ans
CHRS	10/04/17	Abel	37 ans
CHRS	10/04/17	Magdala	52 ans
CHRS	25/04/17	Kéziah	34 ans
CHRS	25/04/17	Jacques	65 ans

LIEU	DATE	PERSONNE REN- CONTREE	AGE
Hainaut Cambrésis – Zone rurale – Ville 1			
CHRS	11/05/17	Antoine	60 ans
CHRS	11/05/17	Camille	20 ans
CHRS	11/05/17	Kémis	24 ans
CHRS	11/05/17	Élise	57 ans

CHRS	11/05/17	Jannot	55 ans
CHRS	11/05/17	Paul	52 ans
CHRS	11/05/17	Gaëtan	27 ans

LIEU	DATE	PERSONNE REN- CONTREE	AGE
Hainaut Cambrésis – Zone rurale – Ville 2			
Association d'aide alimentaire	02/05/17	Vanessa	45 ans
Association d'aide alimentaire	02/05/17	Marie	60 ans
Association d'aide alimentaire	02/05/17	Nadine	45 ans
Association d'aide alimentaire	02/05/17	Corentin	39 ans
Association d'aide alimentaire	16/05/17	Arnaud	57 ans
Association d'aide alimentaire	16/05/17	Béatrice	48 ans
Association d'aide alimentaire	16/05/17	Corinne	31 ans

Non-recours Renoncement aux soins Accompagnement social Précarité Entretiens Panorama régional

Centres d'hébergement et de réinsertion Associations
Parcours de vie Usagers

L'étude en quelques mots

Cette étude porte sur le non-recours et le renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité dans les territoires du Hainaut-Cambrésis et des Flandres. Elle s'est principalement déroulée dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et des associations d'aide alimentaire. Les thématiques ont été étudiées sur la base d'un ensemble de trente-six entretiens auprès d'usagers des structures et de professionnels de l'accompagnement social.

L'objectif est de comprendre, à travers les divers témoignages récoltés, comment les professionnels de l'accompagnement social peuvent être un atout majeur pour les institutions, afin d'agir contre le renoncement aux soins de leurs usagers.

Elle met en avant les conditions de vie des personnes en situation de précarité. Elle s'intéresse également à la vie quotidienne de ces personnes (mobilité géographique et liens sociaux). Cette précarité induit une place différente accordée à la santé en fonction des difficultés sociales rencontrées par les individus.

Les causes de non-recours sont diverses. Elles dépendent d'une part des parcours de vie instables des individus. D'autre part, les administrations jouent également un rôle dans ce phénomène, les difficultés étant multiples pour l'usager. Enfin, les pratiques des professionnels de santé peuvent avoir un impact sur le non-recours aux soins.

Pour finir, cette étude met en exergue les rôles des travailleurs sociaux et bénévoles ainsi que des institutions chargées de délivrer des prestations sociales auprès des usagers. Des difficultés peuvent néanmoins être rencontrées lors des accompagnements. Pour cela, le travail en réseau semble être un levier nécessaire.



→ Adresse

20 Square Friant les Quatre Chênes
80039 AMIENS Cedex 1

→ Contacts

Téléphone :
+ 33 3 22 33 89 00

Télécopie :
+ 33 3 22 33 89 33

