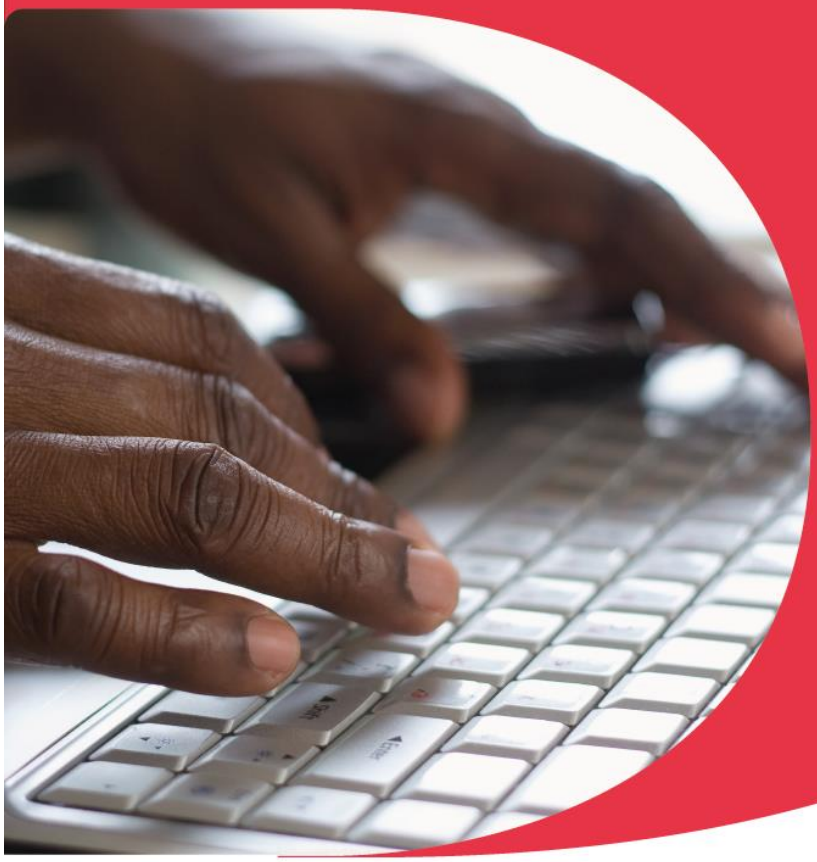
DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA PRÉVENTION ET À LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

CONTRIBUTIONS

DU GROUPE DE TRAVAIL N°4

ACCES AUX DROITS ET AUX SERVICES LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS



Sommaire

Contribution n°1 : Association nationale de la Maison des Adolescents

Contribution n°2 : Marie-Paule Cols pour l'ANDASS

Contribution n°3 : Union nationale des associations familiales

Contribution n°4 : collectif Alerte

Contribution n°5 : Observatoire des non-recours aux droits et services

Association Nationale
Maison Des Adolescents

NOTE « GROUPE N°4 »

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA PREVENTION ET A LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE DES ENFANTS ET DES JEUNES

« La précarité ne doit pas être confondue avec la pauvreté.

La pauvreté, c'est avoir peu, et l'on sait qu'il peut y avoir des cultures de la pauvreté ; si le mépris social s'en mêle, cela modifie la donne mais non la définition. Le seuil de pauvreté varie selon les contextes et les cultures.

La précarité, c'est avoir peur : peur de perdre, mais de perdre quoi ?
Nous verrons plus loin qu'il s'agit de la perte des « objets sociaux »[1].

Rappel de la commande :

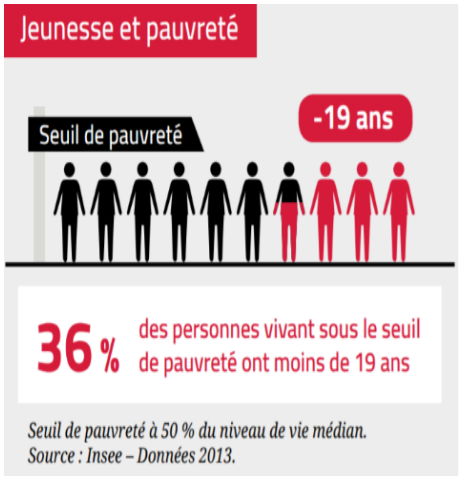
Dans le cadre de la concertation menée par la Mission Interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, l'ANMDA souhaite apporter une contribution concernant la distinction à opérer entre les termes « précarité » et « pauvreté » ; en regard notamment de leurs incidences sur l'accès aux droits et la nécessité d'organiser des accompagnements différenciés.

I. Une définition relativement floue de la précarité :

1 .1. La pauvreté se mesure, la précarité est subjective

Le terme « précarité », d'usage récent, était d'abord utilisé dans le champ des politiques publiques pour désigner une nouvelle forme de pauvreté : celle des travailleurs précaires, très différente de la pauvreté « traditionnelle » ou « grande pauvreté ». Mais au fil du temps, les deux notions seront souvent utilisées de façon confondue.

Néanmoins, un premier critère vient à les différencier : **la pauvreté se mesure tandis que la précarité est un ressenti subjectif** *: « Sans réduire la pauvreté à des données purement objectives, disons-le, la pauvreté est mesurable et mesurée – comme l'évalue le taux de pauvreté au regard d'un niveau de vie –, pas la précarité. Cette dernière est éminemment subjective, elle est un sentiment qui ne recouvre pas forcément une réalité économique »*[2].



Ainsi, en 2015, **8,8 millions de personnes, soit 14,1% de la population vivant en France, disposaient pour vivre d'une somme inférieure au seuil de pauvreté** (1008€/mois une personne, 2116 €/mois pour un couple avec deux enfants)[3] . Le revenu médian des personnes pauvres s'élève à 805 €/mois.

[1] Furtos, Jean. « La précarité et ses effets sur la santé mentale », Le Carnet PSY, vol. 156, no. 7, 2011, pp. 29-34.
[2] Régis Pierret, « Qu'est-ce que la précarité ? », Socio, 2 - 2013, p.307-330.

La pauvreté concerne un enfant sur cinq, soit trois millions**.** Ainsi, 36% des personnes vivant sous le seuil de pauvreté ont moins de 19 ans.

1.2. Des invariants consensuels dans la définition de la précarité

Même si toutes les définitions de la précarité ne se recouvrent pas, on note toutefois l'émergence d'invariants reconnus par un grand nombre d'acteurs :

- **La précarité est une notion subjective et donc relative ;**
- **La précarité est marquée par l'incertitude de pouvoir conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche ;**
- **La précarité génère *a minima* : vulnérabilité, inquiétude et perte de confiance en soi et en l'avenir**
- **La santé n'est pas un déterminant de la précarité et l'inverse n'est pas vrai non plus.**
- **La précarité n'épargne aucune catégorie sociale ou presque.**

En 1992, un arrêté du Ministère des affaires sociales et de l'intégration et du Ministère de la santé et de l'action humanitaire, proposait une définition officielle des catégories de personnes qui sont en situation de précarité : « ***chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe, jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle***[4]». Cette définition semble toutefois avoir aujourd'hui beaucoup évolué.

Et l'Académie nationale de médecine, en 2017, a pu proposer une définition qui regroupe une majorité des acceptions concernant la définition de la précarité :

« La précarité est le défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins importante, avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. *Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. Cette définition exprime la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité de ces personnes qui basculent dans la précarité, la grande pauvreté qui s'en suit étant définie de plus par des critères économiques et financiers.* ***La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socioéconomiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales). Chez les migrants ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines »***[5].

I. Pauvreté et précarité n'ont pas les mêmes effets sur les individus

De nombreuses études tendent à démontrer que la pauvreté et la précarité sont deux notions qu'il s'agit de distinguer, étant entendu qu'elles produisent des effets interdépendants mais néanmoins spécifiques.

2.1. La pauvreté, un facteur prégnant dans les inégalités sociales de santé

L'épidémiologie sociale, depuis les années 80, nous a démontré « que *la relation entre l'état de santé et la position sociale n'est pas limitée aux groupes les plus défavorisés, mais qu'il existe un gradient entre les différentes mesures de la position sociale et l'état de santé. […]. En d'autres termes, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis*[6] ».

---

[3] Selon les données 2014 de l'INSEE, si l'on fixe le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian.

[4] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079995

[5] Rapport « Précarité, pauvreté et santé » de l'Académie Nationale de Médecine – Rapporteur : SPIRA. 20 juin 2017.

[6] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010.

Ainsi, *« vivre en situation de pauvreté implique un plus grand niveau* de *stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie et de devoir composer avec moins d'opportunités et de ressources que les populations plus nanties matériellement ou socialement »*[7].
De plus, la pauvreté va directement impacter les déterminants de santé (entendus au sens de l'OMS : logement, revenus, emploi, condition socio-économique, éducation,…) qui vont eux-mêmes générer des états de santé parfois dégradés par ces conditions de vie, dans les populations les plus pauvres. *« La santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis.* ***Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. De plus la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, ça use le corps et l'esprit.*** [8]*»*

1.2. La précarité et ses effets sur la santé mentale

Nous pouvons également établir des liens entre santé et précarité, notamment dans leurs impacts sur la santé psychique des sujets qui y sont confrontés, puisque ***la précarité « s'enracine dans la perspective de la société du risque telle qu'elle a été définie par Ulrich Beck (2003), une société dans laquelle chacun a le sentiment d'être vulnérable****. Dans le même registre, Robert Castel a pu parler de la « montée des incertitudes » et décrire une nouvelle réalité sociale dominée par l'incertitude du lendemain »*[9].

1.2.1. La précarité fragilise psychiquement le sujet

Pour FURTOS, « La différence entre la pauvreté et la précarité (pathologique) passe par l'apparition d'une méfiance généralisée », source du syndrome d'auto-exclusion »[10].
Selon lui, la précarité génère ainsi la perte des trois confiances indispensables à une vie sereine :

- La perte de confiance en soi
- La perte de la confiance en autrui
- La perte de la confiance en l'avenir.

Ce sont ces trois confiances qu'il convient de travailler/restaurer dans le travail avec les personnes en situation de précarités et qui oblige à des accompagnements spécifiques pour leur permettre d'être en mesure de ne pas rester isoler et de faire valoir leurs droits.

1.2.2. La souffrance psychique et les pathologies d'origine sociale : désaffiliation et auto-exclusion

Pour Jean Furtos toujours, la souffrance psychique, générée par le ressenti de précarité, est de trois niveaux :

1**. La souffrance non-pathologique :** ***Quand le sujet a conscience de la précarité mais se sent suffisamment entouré, inséré et « structuré sur la position existentielle suivante : « quoi qu'il arrive, je m'en sortirai ».*** *La souffrance ressentie est alors considérée comme non pathologique, c'est celle qui permet d'agir, de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans la suite des générations dans un environnement donné et transformable »*[11].

2. **L'hédonisme réactionnel :** Le deuxième type de souffrance est plus invalidant : ***elle est construite selon le registre existentiel suivant : « si je perds, (ou si j'ai perdu), je suis foutu ». L'un des mécanismes de défense les plus précoces est celui de l'hédonisme réactif : devant une souffrance d'exclusion, le sujet décide de ne plus se battre sur ce plan mais de prendre « son plaisir », seul ou avec ses proches, dans une sorte de rupture sociale implicite.*** *[…] Le malaise peut aussi s'exprimer par de l'amertume, de l'agressivité ou de la violence, des affections psychosomatiques diverses. Le lien social est en difficulté comme en témoigne la capacité de demande qui commence de devenir difficile, tandis que la capacité de deuil et de désillusion est entamée, de même que la capacité d'agir,*

---

[7] *Ibid*.
[8] Colloque de l'OMS, 1993.
[9] Régis Pierret, « Qu'est-ce que la précarité ? », *Socio*, 2 | 2013, 307-330.
[10] *Ibid*.
[11] Furtos, Jean. « La précarité et ses effets sur la santé mentale », Le Carnet PSY, vol. 156, no. 7, 2011, p.29-34.

de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans les générations et dans son environnement ».

3**. L'auto-exclusion ou syndrome de désaffiliation :** Le troisième type de souffrance génère ce que Jean Furtos a appelé l'auto-exclusion : « ***Il s'agit d'une souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance, selon la position existentielle suivante « tout est foutu, vivons-disparaissons »****, ce qui entraîne des logiques de survie ; il s'agit d'un mode de traitement extrême de la position mélancolique signalée ci-dessus. […] Des signes essentiellement déficitaires sont observés mais pas exclusivement.* ***On les observe dans tous les lieux de la scène sociale soumis à des processus d'exclusion, avec une attaque du lien et un renoncement à la demande. Au maximum, on observera le syndrome d'auto-exclusion, dont il décrit des formes abouties et de nombreux états intermédiaires*** *»*[12]*.*

Il propose alors le concept de désaffiliation sociale pour expliquer dans quelle mesure, *« contrairement à la notion de seule exclusion, il y a une réappropriation individuelle, un positionnement* réassumé *de l'individu : « je n'appartiens pas à cette société-là ».* ***La désaffiliation sociale s'inscrit dans un processus d'exclusion (une forme de « vulnérabilité », de « fragilisation ») qui sa manifeste à un moment donné par la volonté de l'individu d'acter une forme de refus. La personne n'est plus maître de sa vie ni de son corps mais par un mécanisme psychique de clivage, l'exclu se protège de sa souffrance qui ne peut alors plus être portée que par les aidants. Il ne demande rien. C'est pourquoi il faut aller vers lui*** *»*[13]. Il évoque alors un processus de double décrochage : « ***par rapport au travail et par rapport à l'insertion relationnelle***[14] *».*

Cette situation d'auto-exclusion nécessite pour les aidants, les accompagnants, les soignants, d'adopter une position d'accueil et de reconnaissance de la position d'un sujet souffrant peut-être mais déterminé à s'approprier son existence et son mode d'existence. Il ne s'agit donc pas seulement de permettre un accès aux droits sociaux, aux droits à la santé mais davantage une invitation à se réinscrire dans un monde social qui lui sera, pour lui-même, plus « confortable » et sécure.

II. Prendre en compte et travailler avec la précarité, l'exemple des MDA

3.1. Revoir la définition de santé mentale et faire place aux adolescents…

Dès 2005, Jean Furtos propose, pour intervenir sur des publics précaires, de revoir la définition de la santé mentale de l'OMS, à l'aune de la société dans laquelle nous vivons, traversée et infusée de précarité : « *Une définition de la Santé (Mentale) ne peut plus correspondre à la définition utopique de la santé émise par l'OMS en 1946 : « un bien être complet bio-psycho-social.* ***C'est pourquoi il est pertinent et urgent de promouvoir une nouvelle définition de la santé mentale dans la mesure où elle influence des pratiques*** *: «* ***Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte****.* [15]».

Pour les MDA, les 3 pertes évoquées précédemment (perte de confiance en soi, en autrui et la perte de la confiance en l'avenir) résonnent encore plus fortement chez les adolescents, questionnements intrinsèques à cette période et qui peut les fragiliser durablement. D'une certaine manière, considéré l'adolescence comme une période de précarité a amené les MDA à se positionner sur trois points :

- Pouvoir tolérer et donner du sens, accompagner les éventuels « débordements » et la « révolte » naturelle des adolescents, qui interrogent justement le monde dans lequel ils vont devoir trouver place et les différents objets sociaux auxquels ils sont déjà rattachés pour la plupart. (Cf les travaux de Philippe JEAMMET).

---

[12] Furtos, Jean. « La précarité et ses effets sur la santé mentale », Le Carnet PSY, vol. 156, no. 7, 2011, p 29-34.

[13] Castel, R., « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », Cahiers de recherche sociologique n°22, 1994, p 11-27.

[14] Fastrès, Jacqueline et Servais Emile (2012). 'Des jeunes désaffiliés', *Carnet*, n°6 (février) p.1-6.

[15] Congrès International de Lyon « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004, Onsmp : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in *La santé mentale en actes*, Edition Erès.

- Soutenir les adolescents dans leurs différents modes d'expressivité : FURTOS souligne ainsi la nécessité de pouvoir proposer aux adolescents de « *rester en lien avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives* »[16]. En cela, les MDA sont des espaces symboliques des espaces tiers, transitionnels entre la famille dont l'adolescent se sépare et la société qu'il doit intégrer. « *Celles –ci pourraient être le lieu où le jeune trouverait un socle relationnel solide pour pouvoir se tourner enfin vers l'autonomie dont il a besoin*[17]».

- ***Développer des actions de prévention primaires, visant à l'établissement d'un climat social favorisant le vivre-ensemble et le développement de compétences psycho-sociales***.

Ainsi, l'exemple des MDA, et leur notoriété auprès des adolescents eux-mêmes, permet d'envisager la position d'accueil qui y est développée comme pertinente au regard de la méfiance/défiance des adolescents qui y sont rencontrés.

Sans condition ni jugement, quelque soit la question qu'il souhaite aborder, l'adolescent est reçu pour faire avec lui une évaluation de sa situation et envisager les conditions de réalisation de son parcours de vie. L'accompagnement se fait en lien avec les ressources de la MDA elle-même ou en coordination avec les partenaires locaux.

3.2. Prévenir le processus d'auto-exclusion en accueillant la non-demande dans un travail de réseau interne et externe…

Comme tout processus, les professionnels, dès lors qu'ils ont pu repérer une situation à risques, peuvent intervenir à tout moment– et notamment dans le cadre de ce que nous appelons les ***interventions précoces, puisque les principes fondateurs des MDA sont « l'accueil sans condition, l'anonymat s'il est demandé par le jeune, la stricte confidentialité des échanges » et la prise en compte d'une certaine forme de non-demande*** (les adolescents peuvent rencontrer des professionnels sans questionnements précis).

En effet, les problématiques amenées par les adolescents en souffrance, leurs familles et/ou les professionnels qui les accompagnent, « sortent de plus en plus des cadres habituels classiques (éducatif, somatique, psychologique) et échappent parfois même à la nosographie [18]». Dans un tel contexte, Philippe DUVERGER rappelle la nécessité de travailler en interdisciplinarité interne / externe à la MDA « il ne s'agit pas de penser pareil mais de penser ensemble, même si nous n'utilisons pas les mêmes outils, les mêmes repères, les mêmes références[19] ». Ce « penser-ensemble » permet d'offrir une cohérence dans les accompagnements proposés, puisque c'est l'adolescent dans sa globalité qui est ainsi pris en compte. Cette approche populationnelle, et non par problématique, permet de ne pas « saucissonner » le jeune d'une part et d'accueillir la non-demande au rythme et à la mesure de ce que peut nous proposer l'adolescent et sa famille.

C'est cette clinique médico-psycho-sociale qui est à l'œuvre dans les MDA, puisque dans leur cahier des charges, elles ont tout d'abord eu à constituer des équipes pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles pour accompagner les adolescents rencontrés. Ainsi, le premier accueil « tout venant », en population générale, des adolescents, de leurs familles et/ou des professionnels qui les accompagne nécessite de rassembler, sous un même toit, dans une même « maison » pour ce qui concerne les MDA, les différents acteurs et champs de prise en charge de l'adolescent : secteur sanitaire, éducatif, social, médico-social, etc. Pour les MDA, cette constitution du travail en réseau interne et externe, amène un cadre clinique très différencié de celui des dispositifs « traditionnels ». Le professionnel, au cœur d'un tissu d'acteurs différenciés, peut entendre différentes demandes implicites et explicites, car il saura pouvoir en échanger, lors de la réunion clinique pluri-institutionnelle

[16] Furtos, Jean. « La précarité et ses effets sur la santé mentale », Le Carnet PSY, vol. 156, no. 7, 2011, p 29-34.
[17] Ibid. p.104.
[18] Aymeric de Fleurian, « Les MDA : écho d'un changement sociétal ? Perspectives historique, fonctionnelle et psychodynamique d'un dispositif de soin ». Ed. Maison des Adolescents du Calvados, 2011. p. 120.
[19] Philippe Duverger « Place et enjeux de la formation des acteurs de santé auprès d'adolescents », Revue de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2010 ; 10.

et pluridisciplinaire de la MDA et les réorienter dans un réseau de soin (prendre soin) également extérieur à la MDA mais préalablement constitué et institué. **Sans être en certitude de ne pas rester seul avec ce que l'adolescent nous adresse, tout professionnel peut passer sous silence des demandes latentes, inexplicites, qu'il ne pourra faire prendre en compte par la suite dans un réseau de partenaires, interne ou externe à sa propre institution.**

Ce dispositif dit « intégré » devrait pouvoir être à l'œuvre pour d'autres problématiques et notamment pour les publics les plus en situation de précarité, permettant de ne pas obliger les personnes à un nomadisme administratif ou d'accompagnement éminemment délétère.

Le terme de souffrance psychique liée à la précarité désigne l'articulation du psychique, du somatique, et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes exclues, ***le travail avec des personnes en situation de précarité « implique une transversalité et une pluridisciplinarité qui concerne les psys, les somaticiens, les travailleurs sociaux, les élus, les bailleurs de logements privés et publics, les associations, etc. »***[20].

En outre, ***« la psychiatrie est de plus en plus convoquée dans les problèmes dits psychosociaux, elle vient recouvrir d'autres types de problèmes tels que les inégalités sociales, la discrimination ou les difficultés économiques***[21] **». La pensée et le travail de réseau permettent de lire ces intrications dans la problématique de l'adolescente,** et de ne pas céder ainsi à la psychiatrisation des situations où le symptôme de l'adolescent vient masquer les véritables difficultés, familiales, sociales...

Enfin, ***« lorsqu'un jeune n'arrive pas à venir jusqu'à nous, recevoir le professionnel en l'absence du jeune est une possibilité : l'effet tiers se joue alors en amont de la rencontre propre de l'adolescent du côté d'une relance de la dynamique chez le professionnel grâce à un travail de co-pensée autour d'une situation »***[22]. De nombreuses MDA offrent ces espaces de réflexion partagée qui permettent d'ouvrir sur de nouveaux possibles. De par leur cahier des charges et le temps consacré à leur création, notamment sur la notion d'intention partagée, de projet et d'intérêt commun à s'y impliquer, les MDA ont une légitimité à convier, sinon convoquer, l'ensemble des partenaires qui ont à prendre une part dans l'accompagnement ou la prise en charge d'un jeune.

III. Pour conclure…

Comme le souligne Jean Furtos, les caractéristiques cliniques de la souffrance psychique en contexte de précarité sont :

- ***la demande impossible ;***
- ***l'urgence ;***
- ***la paradoxalité », soit des situations caractérisées par les ruptures, la non-demande, la violence, l'urgence, la destructivité, l'arrêt du temps…***

Tout ceci a pour effet « d'empêcher la personne, mais aussi les professionnels, de penser. Ces derniers sont alors tentés de répondre dans le registre de l'agir, en miroir. Cette inversion des signes de la souffrance « donne aux institutions l'obligation de collaborer et de s'entraider[23] ».
Cette note n'a pas vocation à proposer de développer des MDA pour les plus précaires des enfants et des jeunes du territoire national mais de proposer une réflexion sur les nécessités de penser l'accueil et l'accompagnement au regard d'une clinique de la précarité qui doit être complémentaire à la question de l'accès aux droits. Une clinique médico-psycho-sociale intégrée, rendue légitime par la construction même du dispositif, où la coordination, à la fois des parcours des personnes reçues mais aussi des acteurs y est pleinement reconnue...

---

[20] *Ibid.*
[21] Pionnié-Dax Nacy et Al., « Anthropologie et clinique, réflexion à partir de deux dispositifs », Revue adolescence, 2012.
[22] Ibid, p.331
[23] Jacques, Paul. « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée plurielle*, vol. n° 8, no. 2, 2004, p 21-29.

Les dispositifs à penser se doivent d'être penser comme un acteur partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres.

Ils doivent aussi s'inscrire dans le cadre d'un projet national, contribution de l'État à la prise en compte des pauvretés et précarités, décliné localement, s'appuyant sur un territoire de projet, le département, et un territoire d'action, la communauté de communes et inscrit dans le droit commun. En effet, il apparait que, peut-être paradoxalement, plus les dispositifs sont ouverts en « population générale », plus les personnes à besoins spécifiques y accèdent, sans doute du fait d'une moindre stigmatisation.

La « philosophie » d'accueil, pour permettre aux plus en difficultés avec les « institutions », doit s'appuyer sur les notions d'inconditionnalité, sinon sous conditions d'en avoir les moyens, sans jugement, global, déspécialisé… pour permettre de ne pas renvoyer à des représentations de métier qui orientent souvent la première rencontre, celle justement qui ne stigmatise pas…

L'accompagnement et le non-abandon y sont des notions partagées par tous ceux qui s'y impliquent et pour ce qui concernent l'adolescent, il s'agira de tolérer et donner du sens à un parcours de vie parfois compliqué, de soutenir son projet malgré les « débordements », entendus comme symptômes, et de faire place à sa créativité, en dehors des considérations d'une normalisation de la réussite, notamment par la scolarité.

Enfin, il conviendrait de réaffirmer et mettre en œuvre le plan Bien-être et santé des jeunes de novembre 2016, considérant sa cohérence et sa pertinence.

Janvier 2018

Patrick COTTIN
Président ANMDA

Gaëlle PAUPE
Chargée de mission

✧✧✧✧✧✧✧✧✧✧✧✧✧

Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

*" **la construction d'une politique affirmée de prévention de la pauvreté** mobilisant le droit commun. Il s'agit d'assurer une meilleure égalité des chances dès l'enfance, en favorisant par exemple l'accueil des enfants des familles les plus défavorisées en crèche ;*

- ***le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté**, dans une logique d'intervention précoce et de parcours visant à préserver l'autonomie des personnes. Le non-recours aux aides sociales entretient la pauvreté et il convient donc de favoriser l'accès aux prestations et aux services auxquels les personnes ont droit ;*
- ***le recours à des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les personnes touchées par la grande pauvreté** ;*
- ***le renouvellement de la gouvernance à la fois nationale et territoriale de la lutte contre la pauvreté** pour permettre une bonne articulation des actions menées par les différents intervenants, adapter les efforts à la réalité des territoires et valoriser les innovations locales." (Extrait du site du ministère)*

Contribution pour le groupe de travail n°4

Le ministère des solidarités et de la santé a lancé une démarche de réunions territoriales, consultation d'experts, d'expression des citoyens et de groupes de travail nationaux afin de définir une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

Le groupe de travail n° 4 porte plus spécifiquement sur l'accès aux droits et aux services, la lutte contre le non recours"

Remarques générales

La feuille de route du groupe de travail décline un certain nombre de points qui doivent faire l'objet d'une réflexion et de propositions.

L'action sociale s'est dotée au cours des 30 dernières années de nombreux dispositifs afin de répondre à la plupart des grandes problématiques sociales: vieillissement, handicap, exclusion par l'emploi et/ par le logement, différentes formes de pauvreté ou de précarité, protection des mineurs et des adultes etc... . l'appareil législatif est donc aujourd'hui conséquent et a parfois atteint une grande complexité dans certains domaines, complexité qui n'est pas sans effet sur la question du non recours.

Cette législation constitue sans conteste une véritable progrès pour les publics en difficultés et a permis d'apporter un certain nombre de réponses améliorant le quotidien des personnes concernées.

Mais il est nécessaire de regarder également les écueils de la méthode mise en œuvre ces 30 dernières années pour tenter de proposer une vision rénovée de l'action sociale.

Pour faire simple, l'action sociale s'est structurée autour d'une logique de nouvelles lois créatrices de dispositifs répondant au cas par cas et s'accompagnant d'une bureaucratie assez importante, au point de faire passer parfois la finalité recherchée au second plan. Le dispositif génère la plupart du temps une procédure permettant de gérer efficacement la prestation, mais au fil de l'eau la logique gestionnaire prend le pas sur l'esprit de la loi et fait courir le risque de s'éloigner progressivement du citoyen.

Par ailleurs, ces mesures ont été généralement assorties de mesures d'accompagnement social individuel. L'intention louable de proposer aux citoyens les plus en difficulté une aide personnalisée par un travailleur social (cf le discours des motifs de la loi sur le RMI en 1988), n'a pas résisté à la tentation de rendre cet accompagnement obligatoire, la contrainte entrainant une logique de contrôle et mettant ainsi les travailleurs sociaux dans une posture ambigüe, non sans effet sur le sentiment de perte de sens déplorée par les travailleurs sociaux (cf analyses des Etats Généraux du travail social, et Rapport de Brigitte Bourguignon "Reconnaître et valoriser le travail social"))

La complexité et l'accumulation des dispositifs a progressivement essoufflé l'efficacité des mesures censées éradiquer le problème ciblé.

La conception de l'action sociale doit évoluer, elle doit progressivement sortir d'une vision segmentée par problématique pour passer à une vision plus collective des problématiques sociales, ancrées dans les territoires

Dans un contexte d'essoufflement des dispositifs d'action sociale, de remise en cause de leur efficacité, de restriction de la dépense publique, mais aussi dans une période de défiance des citoyens vis à vis de l'action publique, des approches plus territoriales et participatives s'appuyant sur l'implication de tous, citoyens, acteurs institutionnels culturels, sociaux , économiques permettraient de sortir d'une approche sectorielle et cloisonnée de l'action sociale au profit d'une action plus transversale centrée sur la prévention et la recherche de solutions adaptées. A cet égard, le développement social constitue aujourd'hui une opportunité pour les décideurs comme pour les travailleurs sociaux en charge de mettre en œuvre l'action sociale.

Concernant les axes de travail du groupe 4 "Accès aux droits et aux services, lutte contre le non recours"

Quatre problématiques guident la réflexion du groupe

- les enfants et les jeunes victimes d'une forme d'"assignation à résidence"
- la qualité de l'accueil

- le repérage et l'accompagnement des personnes qui "basculent" dans la pauvreté (prévention), avec notamment une axe prioritaire sur la rénovation des métiers de l'intervention sociale
- La lutte contre le non recours

Premier point: le phénomène d'assignation à résidence qui touche notamment les enfants et les jeunes habitants des zones urbaines sensibles et les zones rurales isolées, est à relier avec le type de réseau relationnel dans lequel ils sont inscrits et sont inscrits leur famille. Ce réseau relationnel est souvent pauvre et limité aux relations du quartier (Voir les travaux de Didier Lapeyronnie sur les ghettos, liens forts et liens faibles). C'est notamment ce relatif isolement social qui , par exemple, rend difficile pour les adolescents de trouver un stage quand ils sont en 3°. Quand un fils de fonctionnaire, de chef d'entreprise, ou encore de cadre moyen, trouve sans difficulté un stage dans les relations de ses parents, le jeune qu'il soit des cités ou enfant d'un petit agriculteur peine à trouver car il ne peut pas s'appuyer sur ce type de réseau relationnel.

La construction d'un réseau et apprendre à créer des liens au delà de sa sphère quotidienne est un enjeu pour l'insertion future. Au delà des lieux fondamentaux comme l'école qui joue un rôle essentiel dans l'apprentissage du "vivre ensemble" et qui permet par l'éducation de sortir de l'isolement, voire de l'enfermement, il faut également s'appuyer dur d'autres acteurs tels que les centres sociaux ou les structures d'animation et de loisirs dans les quartiers, mais aussi sur des structures hors du champ social et hors du quartier, tels que les clubs sportifs, les associations culturelles etc....

La "**participation accrue des jeunes citoyens en situation de vulnérabilité**" est possible si l'ensemble des acteurs, élus, associations, institutions, habitants partagent la volonté de conduire un vrai projet social sur leur territoire. La participation des jeunes n'est possible que si leur parole est reconnue et prise en compte, et si elle est pratiquée dans les différents lieux publics (à l'école, dans les structures associatives, dans les structures sociales etc..) . Ceci n'est pas spécifique aux jeunes mais à tous les citoyens qui par leur situation sociale se sentent disqualifiés et renoncent à participer à la vie locale.

Deuxième point: L'accueil du public

L'une des mesures du plan en faveur du travail social et du développement social portait sur **l'accueil social inconditionnel de proximité.**

Cette mesure a fait l'objet d'un guide pratique qui a été diffusé, mais rien n'a été prévu pour accompagner sa diffusion et son appropriation par les territoires. Nous ne sommes donc qu'à mi chemin de sa mise en œuvre. Après beaucoup d'insistance, une journée d'échanges sera organisée en Avril 2018, soit 18 mois après la sortie du guide. Cette mesure est importante car elle met la personne accueillie au centre et vise une meilleure coordination des acteurs sur un territoire.

Cette mesure doit être **confortée** et les territoires (départements, communes, MSAP) doivent être **accompagnés** dans cette mise en place et échanger pour s'inspirer des pratiques des uns et des autres.

Troisième point: repérage, accompagnement des publics et rénovation des métiers de l'intervention sociale

Il est important d'intégrer les démarches en cours.

Le référent de parcours est en cours d'expérimentation et l'évaluation en sera terminée en Avril 2018.

- Cette démarche doit être **mise en lien avec d'autres démarches** telles que la réponse accompagnée pour tous ou encore les plates formes MAIA. Ces modes d'intervention ne sont pas identiques mais on peut trouver un socle de compétences et de références communes, ce qui permettraient de faire référence à un mode d'intervention plutôt qu'à un dispositif. Ces points communs sont par exemple, la coordination, l'interdisciplinarité, l'approche globale, la participation active des personnes accompagnées.

L'expérimentation de la démarche "référent de parcours" menée par les départements porte sur des situations complexes (problématiques multiples) et apporte une plus value certaine notamment parque les personnes accompagnées sont associées de manière active, elles peuvent dans la majeure partie des situations choisir leur référent et elles participent aux commissions avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès d'eux. Plusieurs situations d'aide sociale à l'enfance ont notamment été accompagnées avec un référent de parcours

- L'essaimage de cette démarche et des pratiques doit être accompagnée pour être comprise, et adaptée en fonction de l'histoire de chaque territoire et de son organisation. L'essaimage passe aussi par la formation initiale et la formation continue. L'expérimentation va bientôt s'achever, uen nouvelle étape est à construire, celle de l'essaimage.

L'évolution des métiers du travail social:

- Il est important de poursuivre le travail engagé dans le cadre des Etats généraux du travail social et du plan d'action en faveur du travail social. Les EGTS et le rapport de Mme Bourguignon " reconnaître et valoriser le travail social" ont mis en évidence un certain nombre de difficultés auxquels sont confrontés les travailleurs sociaux. Après 30 ans de silence sur le travail social (depuis Nicole Questiaux), il est important d'installer une certaine continuité dans la réflexion afin de permettre aux structures sociales et aux travailleurs sociaux de comprendre le sens de leur action, élément fondamental pour construire et s'impliquer pleinement.
- Il convient également de ne pas multiplier les travaux et les instances, ni de refaire les travaux récents. un certain nombre d'évolutions souhaitables sont donc déjà répertoriées dans les 5 rapports des EGTS
- Enfin, le Haut Conseil du Travail social installé depuis 18 mois doit être consulté sur ce volet.

Quatrième point: la lutte contre le non recours aux droits

Plusieurs éléments sont à examiner, car les motifs du non recours sont multiples

- ce qui peut être fait du côté de la simplification: refonte des minima sociaux, mais aussi simplification des démarches administratives, simplification et diminution des formulaires par exemple
- Dans le cadre de l'accueil social inconditionnel de proximité, développer un offre de service de type "entretien diagnostic de vos droits". Ces entretiens nécessitent une formation

appropriée (nécessité de maitriser la législation sociale de la naissance au grand âge) mais pourrait être développée dans de nombreux lieux d'accueil.

- l'Impact du numérique, les démarches en ligne simplifient la vie de 80% des gens mais complique celle des autres, celle souvent des plus fragiles. La démarche en ligne supprime souvent tout interlocuteur, il devient impossible de demander une explication... alors on abandonne. Développer la médiation numérique, mais aussi les lieux de mise à disposition d'ordinateurs pour faire les démarches, chaque institution doit pouvoir organiser un service physique pour aider les personnes à gérer leur dossier, sans que celles ci soit obligées de se tourner vers un travailleurs social, alors même qu'elles ne rencontrent pas de problèmes par ailleurs. La fracture numérique ne doit pas devenir ni un problème social individuel, ni un facteur de basculement dans la pauvreté. Elle doit pouvoir trouver des solutions dans le droit commun pour ne pas être un objet de stigmatisation.
- L'image de l'"assisté" dans notre société est aussi en cause. Le discours ambiant des dernières années a contribué à éloigner certains publics des services sociaux. Certaines personnes préfèrent ne pas demander le RSA, plutôt que d'être stigmatisée.

Conclusion

Aujourd'hui, la stratégie de lutte contre la pauvreté doit répondre à plusieurs enjeux:

- Une meilleure lisibilité de l'action sociale pour que celle-ci soit accessible et diminuer ainsi le non recours.
- Une place plus affirmée faite aux citoyens dans les décisions qui les concerne, avec une vision globale de leur situation plutôt qu'un traitement segmentée.
- Le portage politique et la mise en œuvre de logiques de développement social pour retisser les liens de solidarité à l'échelle des territoires. Ces logiques ne sont pas que l'affaire du local, elles doivent irriguer, de l'Etat aux structures locales, la conception des politiques publiques, car elles peuvent être porteuse à la fois d'une action sociale plus sobre mais aussi plus préventive et émancipatrice.

Union nationale
des associations familiales

Contribution de l'UNAF

Février 2018

Contribution de l'UNAF

Fiche : Accès aux droits et numérisation des services sociaux

Groupe : GT 4 – Accès aux droits et aux services, lutte contre le non recours

Analyse de l'UNAF

« Il y a ne serait-ce que dix ans, ne pas avoir d'accès à Internet était un handicap tout à fait surmontable ; aujourd'hui, c'est devenu un facteur de marginalisation accélérée : chercher un emploi, accéder à ses droits, mener des démarches administratives ne peuvent, pour l'essentiel, plus se mener sans numérique ».

Or, les plus fragiles socialement, les familles en situation de pauvreté en ont encore plus besoin que les autres. « La privation de numérique devient alors la source d'une double voire triple peine, car ce sont le plus souvent les plus démunis – économiquement, mais aussi en capital culturel, social – qui se retrouvent dans cette situation. » Valérie Peugeot, chercheuse et présidente de l'association Vecam.

La fracture numérique pour les populations pauvres peut tenir tout à la fois d'une fracture d'équipement mais aussi d'une fracture d'usage.

Ainsi, 41 % des ménages à bas revenus (moins de 1 500 euros par mois) s'estiment « déconnectés », c'est-à-dire exclus du numérique, alors que sur l'ensemble de la population française, ils ne sont que 20 % à se considérer comme tels (source : connexion-solidaires.fr). Les motivations sont connues : complexité des démarches, peur de l'erreur, manque d'interaction humaine.

Le risque est alors celui d'un non recours à ses droits qui va renforcer les difficultés vécues par ces populations.

Dans le contexte de la mise en œuvre de la stratégie nationale pour un numérique inclusif prévue pour avril 2018, plusieurs axes de réflexion et d'actions font l'objet de différents groupes de travail : atteindre et orienter les publics cibles, structurer l'offre de médiation et de formation et mobiliser les financements nécessaires.

En particulier, de nombreux dispositifs de médiation numériques existent dans les territoires mais ne sont pas suffisamment connus ni des populations concernées, ni des professionnels au contact de ces populations (intervenants sociaux, associations solidaires, médiation sociale). En outre, leur utilité est parfois réinterrogée dans un contexte de moyens financiers tendus.

Par ailleurs, dans le contexte de la dématérialisation rapide, les professionnels et les bénévoles du champ social et solidaire sont sollicités par les populations qui ne parviennent pas à accéder à ces droits via l'entrée numérique. Ces populations qui peuvent être plus ou moins des habitués de ces services sont tout autant en demande d'accompagnement numérique que de réassurance quant aux outils numériques.

Or, les acteurs du champ social et solidaire n'ont pas tous nécessairement la culture numérique suffisante pour accompagner ces populations à réaliser leurs démarches d'accès aux droits en ligne. De même, le recours aux outils numériques par les professionnels doit s'accompagner d'une réflexion éthique et déontologique afin de donner du sens à ces nouvelles formes d'intervention.

Propositions de l'UNAF

1. **Garantir à chaque citoyen, notamment les plus vulnérables, un accompagnement humain dans l'accès à leurs droits. La dématérialisation doit être une option et non le seul moyen d'accès par le maintien de guichet/accueil physique.**

2. **Lever les barrières de financement des équipements et de l'accès au numérique notamment pour les populations les plus vulnérables : aides financières, développer le marché de seconde main … afin de rompre définitivement la fracture d'équipement.**

3. **Développer des outils d'évaluation des compétences numériques des personnes afin de mieux identifier les besoins en matière d'accompagnement numérique.**

4. **Faire connaître les sites utiles et les dispositifs d'inclusion numérique existants notamment via des systèmes de type cartographie.**

5. **Garantir aux plus démunis l'accès gratuit à des dispositifs d'inclusion numérique (par exemple via des systèmes de type chèque culture numérique APTIC.**

6. **Renforcer la coordination et promouvoir la montée en compétence croisée de l'ensemble des intervenants (travailleurs sociaux, bénévoles et professionnels du champ social et solidaire, les médiateurs numériques, les aidants numériques) afin d'apporter une réponse globale aux populations.**

7. **Soutenir le passage à l'échelle des dispositifs d'accompagnement au numérique sur l'ensemble du territoire par la mise en place d'un financement par les opérateurs publics et les collectivités territoriales.**

Le 04 janvier 2018,

Contribution des membres d'ALERTE pour le Groupe de Travail 4 : Accès aux Droits et aux services, lutte contre le non-recours.

Concertation sur une stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté

des enfants et des jeunes

L'administration a des objectifs d'efficacité et d'égalité de traitement. Or l'ampleur du non-recours aux droits démontre qu'elle n'atteint pas aujourd'hui ces objectifs. Et si des avancées significatives ont pu être réalisées durant le dernier quinquennat, il ne semble pas pour autant que l'accès de tous aux droits soit suffisamment une priorité nationale. Pourtant, ce non recours aux droits compromet la cohésion sociale de notre société, rompt l'égalité de tous dans l'effectivité des droits, nuit à la confiance des citoyens dans l'administration et le service public et prive de droits des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion. La stratégie que souhaite lancer le gouvernement doit être l'occasion de mettre enfin la politique de lutte contre le non-recours au centre des politiques publiques de prévention et de lutte contre la pauvreté. Cette politique nécessite l'adoption d'indicateurs de résultats et des mesures fortes de simplification et d'accompagnement des allocataires.

→ **Elle doit partir d'un principe global de confiance** a priori vis-à-vis des allocataires. Il s'agit de reconnaître la nécessité d'un **changement de regard** concernant les personnes en précarité et les bénéficiaires de prestations, de cesser de les considérer comme des profiteurs et de consacrer tant d'énergie et de place dans le débat public à la lutte contre la fraude, pour plutôt se demander comment permettre à chacun d'accéder à ses droits. Cela demande un engagement de tous et en particulier des responsables politiques et des directions des caisses et organismes versant des prestations sociales.

Améliorer l'efficacité des services publics et des prestations pour faciliter l'accès aux droits

→ L'idée générale des évolutions est de **rééquilibrer la charge de la réussite vers les offreurs de droits.**

Il est ainsi nécessaire d'inciter à la lutte contre le non-recours en ayant une **gestion orientée sur les résultats** en matière d'accès aux droits pour tous**.** Nous proposons d'utiliser les COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) pour **intéresser financièrement** les institutions concernées et d'utiliser les Contrats d'Objectifs pour mobiliser les départements en faveur de résultats probants en matière de lutte contre le non-recours. Ces conventions ou contrats d'objectifs devront intégrer des indicateurs d'efficacité de la lutte contre le non-recours.

→ **En complément, il est nécessaire de prévoir un objectif d'harmonisation des procédures** d'un territoire à l'autre (en particulier pour les CAF et les CPAM), afin de respecter l'égalité de traitement des allocataires.

Outre cette disposition structurelle, qui ferait de la lutte contre le non recours un objectif clair et affiché de politique publique, s'imposant à tous, de nombreuses mesures permettraient d'améliorer significativement l'accès aux droits de tous, notamment des plus précaires.

→ Il est nécessaire tout d'abord de **garantir le droit à la domiciliation**, comme porte d'entrée pour les droits. Pour cela l'Etat doit être garant du respect de ce droit à la domiciliation partout en France, avec les moyens nécessaires. Aujourd'hui, trop de communes et d'intercommunalités rendent le droit à la domiciliation impossible à exercer, en demandant aux personnes des preuves de rattachement à la commune excessives et disproportionnées. Les associations quant à elles n'ont pas les moyens financiers d'assurer cette domiciliation. Les préfets sont en charge d'un schéma d'accès à la domiciliation : ils doivent porter cette responsabilité et s'assurer que les collectivités respectent les droits des personnes. Si l'accès à une domiciliation n'est pas respecté, c'est en effet de l'ensemble de ses droits que la personne risque d'être privée.

Les démarches à réaliser pour accéder à ses droits doivent être ensuite profondément simplifiées, tant leur lourdeur et leur complexité constituent des obstacles trop souvent rédhibitoires.

→ Il est indispensable de **poursuivre la simplification des démarches administratives**, permettant un accès plus facile aux droits, en réduisant drastiquement, voire en supprimant, le nombre de pièces justificatives demandées en amont, en favorisant les échanges de données entre opérateurs et en développant largement les simulateurs et outils numériques permettant de faire ces démarches. Le principe proposé par l'administration du « dites-le nous une fois » est une vraie avancée, dans la mesure où il se met réellement en place pour tous.

→ Attention cependant à ne pas confondre simplification et numérisation. Il est nécessaire de **maintenir les lieux physiques d'accès aux droits**, avec des personnes aptes à accompagner et conseiller les demandeurs, même s'ils maîtrisent mal le français, l'écrit ou sont en situation de grande précarité. La fermeture (ou réduction d'horaires d'ouverture au public) de CAF, de Pôle Emploi ou de CPAM compromet cela. Les MSAP – Maisons de Service Au Public, présentées comme des alternatives à ces fermetures, ne semblent pas suffisamment présentes sur l'ensemble des territoires pour pouvoir jouer ce rôle.

→ En complément, il sera utile de déployer l'expérimentation menée en matière de **coffres fort numériques** gratuits, pour stocker les pièces justificatives et éviter de les redemander aux personnes.

→ Pour aller encore plus loin dans la simplification, nous proposons de profiter de la mise en place du prélèvement des impôts à la source pour supprimer la « quérabilité des droits ». Le **principe d'automaticité d'accès aux prestations**, dans la mesure où les revenus de la personne le justifient, doit être retenu pour combattre efficacement le non-recours aux droits.

Pour être totalement efficace, la simplification ne doit toutefois pas porter que sur les démarches à accomplir ; elle doit toucher les prestations elles-mêmes, pour gagner en lisibilité, afin qu'elles soient

mieux comprises donc davantage demandées. Le foisonnement de prestations ayant abouti à donner des réponses sensiblement différentes à des personnes ayant pourtant des besoins similaires, il s'agit également de fusionner différentes prestations. Les dispositifs ciblés sur les personnes en situation de précarité doivent servir à les ramener vers le droit commun.

→ La simplification des démarches passe aussi par le fait de **systématiser la prévisibilité des minima sociaux versés** (pour ceux pour lesquels elle est insuffisante), ce qu'on appelle « l'effet figé », avec un montant fixe sur une période a minima de trois mois, comme c'est le cas pour la prime d'activité. L'intérêt est double : pour les allocataires cela leur permettrait de mieux prévoir leurs ressources, et pour l'administration cela réduirait les procédures contentieuses qui aujourd'hui coûtent finalement plus chères en frais de gestion qu'elles ne rapportent.

→ A moyen terme, nous proposons la **mise en place d'un revenu minimum garanti**, sorte de couverture de base issue de la fusion de plusieurs minima existant actuellement, dans l'esprit du scénario 3 du rapport Sirugue. **Il doit être d'un montant suffisant pour vivre décemment.** Aujourd'hui le RSA socle ne représente que la moitié du seuil de pauvreté pour une personne seule et ne permet pas de vivre décemment. Il ne sort pas les enfants de la pauvreté. Les familles vivent dans une telle précarité que la recherche d'un emploi est très difficile. Un revenu minimum garanti doit permettre à tous de vivre décemment, d'où la nécessité d'une revalorisation progressive et significative du montant de cette allocation par rapport au RSA. ALERTE précise que ce revenu minimum garanti doit être complété par une politique d'accompagnement effectif et personnalisé (cf. plus bas) et une politique renforcé en faveur de l'accès à la formation professionnelle et au travail, ce que nous appelons le triptyque revenu minimum garanti – accompagnement personnalisé – politique en faveur du travail.

→ Ce revenu minimum garanti devrait être **accessible aux jeunes dès 18 ans** pour ceux qui ne sont ni étudiants ou en formation, ni en emploi.

→ La simplification des prestations passe également par **l'intégration de l'AME dans la PUMA et une réforme de la CMU-C et de l'Aide à la complémentaire santé,** afin d'assurer une couverture maladie réellement accessible à tous. La coexistence de ces différents systèmes pour des populations aux besoins de santé pourtant similaires nuit en effet profondément à l'accès aux droits en santé des personnes : ni elles ni les professionnels de santé ne parviennent en effet à gérer cette complexité, générant ainsi des renoncements aux soins et refus de soins dont vont souffrir les personnes mais aussi les urgences, saturées de sollicitations trop tardives que la médecine de ville aurait pu prévenir.

Proposer à chacun un accompagnement effectif et personnalisé.

La simplification ne suffit pas à garantir l'accès aux droits. Accéder à ses droits implique en effet de les connaître, de savoir comment et auprès de qui les mobiliser, au sein d'un parcours personnel comme professionnel. Cet enjeu concerne en particulier des personnes en situation de précarité et d'exclusion ou des personnes récemment arrivées, ne maîtrisant pas la langue française, mais il peut concerner en réalité tout le monde, tant chacun est susceptible de connaître des changements profonds, liés à des évolutions professionnelles, personnelles ou familiales. Plusieurs mesures

permettront de créer ou renforcer cette offre d'accompagnement indispensable à une bonne connaissance de ses droits et donc à leur mobilisation.

→ La **possibilité pour chacun, indépendamment de son statut administratif, social ou professionnel, de pouvoir prendre rendez-vous** et d'interroger un professionnel disposant d'une connaissance globale des droits sociaux et des partenaires les gérant, dans un lieu dédié et non stigmatisant, est très importante en matière d'accès aux droits. Elle devra être renforcée en développant notamment les maisons de services au public (MSAP) ou maisons d'accès aux droits, en s'appuyant également sur les travaux réalisés pour concevoir le premier accueil social inconditionnel de proximité.

→ L'expérimentation en cours d'un **référent de parcours,** pour favoriser un accompagnement global et personnalisé, répond également bien à ces besoins d'information sur les différents droits existants et de coordination des démarches au service d'un parcours. Elle mérite d'être substantiellement élargie, voire systématisée, en tenant compte des enseignements de l'expérience.

→ Ces deux leviers permettant l'accès à une information rapide sur l'ensemble de ses droits et une coordination des intervenants susceptibles d'accompagner à leur exercice doivent aussi bénéficier aux **personnes en institutions** ou sortants d'institutions (exemple des sortants de prison). Il est nécessaire que toute personne sortant d'établissement public (prison, hôpital psychiatrique, aide sociale à l'enfance) puisse le faire en ayant auparavant été accompagné sur l'accès aux différents droits (tant les droits de base -papier d'identité, sécurité sociale,…- que les droits à la sortie) et que cet accès aux droits fasse partie des objectifs de ces institutions.

Au-delà de ces dispositions « spécifiques », c'est bien l'ensemble des services, publics comme associatifs, qui doit intégrer l'exigence d'accompagner à l'accès aux droits. Cela passe par des efforts de formation des « accompagnateurs » et l'évolution de leurs métiers.

→ L'effort d'accompagnement réalisé dans la **Garantie Jeunes** est à consolider, avec un renforcement des moyens des Missions locales pour faire face à la généralisation de cet accompagnement.

→ Une attention particulière doit être portée à améliorer la **qualité de l'accueil du public** dans les administrations, facilitant ainsi l'accès aux droits. Cela implique par exemple que les sites d'information pour l'accès aux droits, en particulier les services publics, prévoient systématiquement des **informations en français courant et en plusieurs langues**. La création de **comités d'usagers** contribue à améliorer la qualité de l'accueil.

→ Dans le contexte de dématérialisation accrue des démarches administratives, il est important d'assurer l'accès à un équipement numérique aux personnes en situation de précarité, par des tarifs sociaux et/ou l'accès à des lieux gratuits permettant un usage « médiatisé » du numérique, ce qui implique de **former** les travailleurs sociaux et les bénévoles **à l'usage du numérique** et de former les médiateurs numériques aux relations sociales avec des personnes en précarité, pour que les personnes puissent apprendre à utiliser les différents outils et à accéder ainsi elles-mêmes à leurs droits.

→ La **formation des travailleurs sociaux à l'accès aux droits** devra être développée. Nous croyons également que la généralisation de **co-formation des travailleurs sociaux** et des décideurs avec de petits groupes de personnes connaissant des situations de précarité est de nature à renforcer la compréhension mutuelle et l'efficacité de l'accompagnement social. Elle permet de renforcer les pratiques partant de la reconnaissance des atouts et compétences de chacun.

→ Nous proposons de **développer le « travail pair »** et les postes de médiateurs en santé. S'appuyer sur l'expertise de personnes ayant vécue des situations d'exclusion permet en effet de créer un lien différent avec les allocataires potentiels, souvent plus adapté, plus rassurant et donc encourageant les personnes à faire valoir leurs droits.

Enfin, deux principes nous paraissent essentiels à adopter pour une action efficace pour l'accès aux droits :

→ L'importance de la **participation des personnes en situation de précarité au sein des instances de gouvernance des politiques sociales** est aujourd'hui reconnue, qu'elle soit intégrée dans les organisations et établissements en charge de la conception des politiques sociales ou dans le cadre des formations des travailleurs sociaux. Elle mérite cependant d'être renforcée et systématisée, en étant étendue notamment aux conseils d'administrations des caisses et organismes versant des droits. Ainsi, ces organismes pourront-ils adapter leur action en fonction des analyses et savoirs d'expérience de représentants des allocataires les plus touchés par le non recours.

→ Nous souhaitons que **l'innovation sociale et le droit à l'expérimentation dans les territoires** soient encouragés, puis les pratiques inclusives essaimées. Cela implique de se doter de moyens d'accompagnement des territoires et de capitalisation des expériences positives, comme cela peut être le cas pour les expérimentations « référent de parcours » et « coffre-fort numérique ».

Concertation sur une stratégie de prévention
et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

Groupe de travail 4 : Accès aux droits et aux services, lutte contre le non-recours

Contribution de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) – Février 2018

Créée en 2002, l'ODENORE est une équipe de recherche du Laboratoire des sciences sociales PACTE (UMR 5194 CNRS), rattachée à l'Université Grenoble-Alpes. Elle réalise des études et des recherches sur la thématique du non-recours, en lien étroit avec des laboratoires en France et à l'étranger, mais aussi avec de nombreux acteurs institutionnels, administratifs ou associatifs, locaux ou nationaux.

Prise avec retard par rapport à d'autres pays comme l'Angleterre ou les Pays-Bas, la problématique du non-recours aux droits et aux services devient progressivement une catégorie d'action, au nom de laquelle déployer des dispositifs et des moyens. Le fait que la nouvelle stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté intègre cette problématique témoigne de cette histoire en cours, ce qui est notable. La connaissance s'est accumulée sur les formes et les causes du non-recours et plusieurs rapports ont déjà identifié des leviers d'action. La problématique est ainsi suffisamment assimilée pour que l'on se retrouve à un moment où une « fenêtre d'opportunité » s'ouvre pour faire du non-recours un axe important de la lutte contre la pauvreté. On observe la mobilisation croissante de plusieurs acteurs, au national ou au local, et les attentes fortes de coordination des différentes actions. Mais dans le même temps, ces mobilisations font face à un certain nombre de contraintes, que ce soit par exemple dans les incohérences de certaines politiques publiques (dématérialisation, désertification des services publics, complexification liée à la réforme territoriale…), les résistances des professionnels à s'engager, l'absence de gouvernance ou la difficulté à convaincre certains acteurs de l'intérêt d'agir sur le non-recours. La question d'actions qui se fassent sur l'ensemble du territoire et de façon pérenne reste entièrement posée.

La contribution de l'Odenore s'attache à relier ces deux aspects de connaissances et d'actions contre le non-recours. Elle vise notamment à amener à préciser ce qui est intégré dans ce périmètre de « lutte contre le non-recours », à en définir les contours. L'enjeu est important pour **ne pas résumer une politique de lutte contre le non-recours à une politique d'accès aux droits sociaux**. Le non-recours permet certes de pointer des difficultés d'ouverture des droits, mais aussi de renouvellement ou de ruptures de droits.

Sans vocation d'exhaustivité, cette contribution indique des travaux de recherche existants pour prolonger la réflexion sur les sujets abordés.

1. Produire de la connaissance sur le non-recours, construire des données

Le développement d'observations en continu du non-recours et d'indicateurs de suivi, la construction de données entre acteurs nous semblent non pas un préalable à l'action mais son premier levier. Cela permet d'affiner et de renouveler les perceptions du phénomène, mais au-delà de mobiliser les acteurs et *in fine* d'évaluer les actions menées. **Les démarches d'observation sociale locale**, que ce soit via les Analyses des besoins sociaux produites par les CCAS ou les dispositifs type « baromètres » du non-recours, ont démontré leur importance dans l'analyse des spécificités locales du phénomène, la création d'une culture commune, l'identification de pistes d'action et la définition d'exigences communes. La façon dont la Plate-forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) a été créée, tout comme le couplage systématique entre passation du Baromètre

du renoncement aux soins (BRS) et déploiement territorial des PFIDASS, est un exemple qui pourrait être répété sur d'autres territoires et d'autres objets de non-recours.

Cependant, **l'absence d'objectif chiffré est à l'évidence un des freins au développement d'une politique globale de lutte contre le non-recours**, qui reste encore menée de manière éparpillée et dépendante du volontarisme d'une poignée d'acteurs. On observe d'ailleurs de fortes demandes d'indicateurs de mesure et de suivi du non-recours sur des prestations ou des publics particuliers. Ces attentes et d'autres produisent une diversité d'initiatives en particulier au niveau des collectivités territoriales et des organismes sociaux, sans pour autant servir les objectifs d'une politique générale, que le plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013 n'est manifestement pas parvenu à définir suffisamment. De ce point de vue, les groupes de travail qui ont préparé ce plan comme diverses missions parlementaires (mission Archimbaud, mission Vaugrenard, mission Sirugue…) ont mis en avant des constats et des propositions opérationnelles qu'il serait intéressant d'intégrer dans la réflexion du Groupe de travail 4 (certaines pistes ont déjà été construites).

En ce sens, deux points nous apparaissent importants. Le premier concerne **le développement de mesure du coût économique du non-recours**, qui est le principal angle mort dans la connaissance du phénomène. Les taux importants de non-recours, notamment lors de l'évaluation du RSA en 2011, ont largement contribué à amener une prise en considération du phénomène. Il reste maintenant à montrer les enjeux financiers, dont certains travaux nous permettent de dire qu'ils sont considérables (c'est le cas sur l'Allocation personnalisée d'autonomie), et à analyser les gains à moyen ou à long terme de la lutte contre ce phénomène.

- ➔ Au niveau national, un travail sur les coûts du non-recours pourrait **s'inspirer de ce qui est fait dans le domaine de la santé** (l'IGAS estimait en 2015 qu'une augmentation de 10 points de la CMU-C permettait d'économiser près de 3 millions en soins de santé) ou d'expériences étrangères (comme l'évaluation du projet Chez soi au Canada).
- ➔ Au niveau local, des travaux ont déjà été menées sur quelques territoires pour donner une ampleur des **transferts de charge liés aux ruptures ou aux délais d'ouverture de droits**. Il s'agit là d'une piste intéressante pour envisager les coûts du non-recours et avoir une **approche dynamique et cumulative** de ce phénomène, et non prestation par prestation.

Le deuxième point concerne **le non-recours frictionnel, qui doit avoir sa place dans les indicateurs de suivi d'une politique de lutte contre le non-recours**. Ce type de non-recours est dû au non versement complet ou partiel et pendant une période plus ou moins longue, de prestations alors même que des droits sont ouverts. On voit tout l'intérêt pour ne pas en rester à du non-recours primaire, pour regarder la temporalité des situations et mesurer l'impact du non-recours sur les conditions de vie des individus.

- ➔ Une porte d'entrée accessible pour ces cas de non-recours : les rappels de droits identifiables dans le système d'information des CAF. Ces rappels ont une importance quantitative (5 millions d'allocataires en 2013 selon la CNAF) ; une récente étude de l'Odenore indique par ailleurs que cela peut concerner plusieurs prestations et que près de 30% des rappels ont une antériorité égale ou supérieure à 4 mois. De plus, comme ils touchent davantage les allocataires les plus précaires, ils peuvent occasionner des difficultés préjudiciables pour eux, notamment en déstabilisant leur situation financière ou en les insécurisant, et ils ont des conséquences organisationnelles. Pour toutes ces raisons, **une meilleure estimation des rappels de droit** semble une direction de travail pertinente dans un contexte de déploiement du *datamining*, en évaluant le montant des rappels, le profil des allocataires surexposés ou encore le poids des rappels au sein de chaque prestation.

Travaux à signaler

« Vivre en situation de non-recours ». Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Accès aux droits et non-recours » de la CNAF. Odenore : juillet 2017.
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/vivre_en_situation_de_non_recours_-_rapport_final_2017.pdf

« Agir sur le non-recours aux droits ». Formation-action du CCAS de la Ville de Grenoble. Odenore : décembre 2016.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/agir-sur-le-non-recours-aux-droits-une-formation-action-du-ccas-de-la-ville-de-grenoble-0

« Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) ». Etude pour la CPAM du Gard. Odenore : septembre 2014.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/barom%C3%A8tre-du-renoncement-aux-soins-dans-le-gard-brsg

« Démarche baromètre du non-recours. Communauté de communes Pays de Vans ». Odenore : Novembre 2015.
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/barometre_du_non_recours_-_communaute_de_commune_pays_des_vans.pdf

« Baromètre du non-recours : une première expérience ». Etude pour le CCAS de Grenoble. Odenore : février 2013.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/barom%C3%A8tre-du-non-recours-une-premi%C3%A8re-exp%C3%A9rience

2. Intervenir sur les ruptures de droit et le parcours des usagers

Derrière la catégorie générale du « non-recours », plusieurs travaux dont ceux initiaux de W. Van Oorschot puis ceux de la CNAF distinguent des marqueurs d'intensité (non-recours cumulatifs, partiels, complets…) et de durée (non-recours temporaire, permanent). Cela permet d'aborder le non-recours sous l'angle dynamique, c'est-à-dire de le replacer dans le parcours des usagers, et d'identifier des points de rupture (ce que le SGMAP a appelé des « trappes à non recours »). Une des situations les plus récurrentes concerne par exemple le renouvellement de la CMU-C qui occasionne de nombreuses ruptures de droit (avec souvent pour conséquence des ruptures dans les parcours de soins), notamment pour les allocataires du RSA, ce qu'une transmission d'informations entre CAF et CPAM automatisée pourrait réduire. Plusieurs pistes sont déjà expérimentées et méritent de l'intérêt pour **intervenir sur ces ruptures et prévenir leurs conséquences**, tant pour les usagers que pour les administrations, en particulier en associant détection et accompagnement :

- ➔ **Les requêtes sur les systèmes d'information** internes aux organismes de protection sociale ou aux collectivités locales permettent de détecter des situations causant des ruptures ou de détecter des personnes qui peuvent y être exposées, de manière à aller au-devant d'elles. Par exemple des requêtes sur des personnes ayant reçu un chèque ACS mais ne l'ayant pas utilisé ; sur des personnes dont la CMU-C arrive à terme ; sur des allocataires abandonnant les démarches en ligne avant leur terme…
- ➔ **L'échange d'informations entre institutions** pour prévenir les principales ruptures connues. Cet échange est mis en place par endroit ou sur certaines situations et pourrait être systématisé, comme entre les MDPH et les CAF (pour les personnes en fin de droits à l'AAH), Pôle emploi et les CAF (pour le passage ASS-RSA), les CAF et la CARSAT (signalement par les CAF des bénéficiaires du RSA et de l'AAH susceptibles d'être éligibles à l'ASPA).
- ➔ **La mise en place de référents dans les organismes de protection sociale, pouvant être contactés par des professionnels extérieurs.** Ces contacts avec un interlocuteur direct qualifié existaient sur certains territoires et là où ils ont été conservés ou remis en place, comme dans quelques CAF et CPAM, ils permettent d'agir sur les ruptures de droit temporaires, en débloquant des situations complexes ou urgentes sans avoir à passer par les accueils téléphoniques dédiés aux allocataires.
- ➔ **L'homogénéisation du calcul des ressources des ménages**, qui peut limiter le non-recours frictionnel (ex des plafonds et des modes de calcul différents qui posent problème dans l'accès à l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA).

➔ **Le développement du travail pair.** Au-delà de problèmes liés aux démarches ou au traitement des demandes, les ruptures de droits (et le non-recours en général) traduisent l'état des relations entre la population et les administrations, qui peuvent être marquées par une rupture de confiance. Il est intéressant de soutenir les expérimentations sur le travail pair puisque, entre autres intérêts, il permet de recréer du lien avec les personnes qui se sont détournées de l'offre publique et de les accompagner dans leurs démarches.

Travaux à signaler

« Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale ». Rapport d'évaluation pour le compte du Comité d'Evaluation et de Contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale. Pluricité, Sémaphores et Odenore : septembre 2016.

« Le non-recours à la Couverture Maladie Universelle complémentaire. Enquête auprès de populations précaires ». Etude pour le Fonds CMU, col. Croix Rouge Française, ANLCI. Odenore : novembre 2016.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/le-non-recours-%C3%A0-la-couverture-maladie-universelle-compl%C3%A9mentaire-enqu%C3%A8te-aupr%C3%A8s-de-populati

« L'action, au local, sur le non-recours. Radioscopie des initiatives des collectivités locales ». Recherche pour la DGCS, en col. ANDAS, UNCASS. Odenore : novembre 2016.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/laction-au-local-sur-le-non-recours-radioscopie-des-initiatives-des-collectivit%C3%A9s-locales

« Non-recours à l'offre d'enseignement et de formation des jeunes de 15 à 24 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles ». Recherche pour le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Odenore : avril 2016.
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_-_noref_-_19_avril_2016.pdf

« Formation de personnes relais dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein sur les territoires prioritaires de la politique de la ville ». Recherche-action pour la Métropole de Grenoble et l'ODLC. Odenore : novembre 2011.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/formation-des-personnes-relais-dans-le-cadre-du-d%C3%A9pistage-organis%C3%A9-du-cancer-du-sein-sur-les

« Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS ». Recherche-action pour la CPAM des Alpes de Haute-Provence et le Fonds CMU. Odenore : mars 2011.
https://odenore.msh-alpes.fr/content/une-action-dinformation-pour-acc%C3%A9der-%C3%A0-la-cmu-c-ou-%C3%A0-lacs-r%C3%A9sultats-dune-%C3%A9tude-men%C3%A9e-dans-le

3. Soutenir la formation en matière de lutte contre le non-recours

Un des freins qui explique pourquoi la lutte contre le non-recours est encore timide tient au changement de postures professionnelles que cela engage (détecter les droits, passer de l'information à l'explication des droits, travailler en coopération avec des acteurs locaux…) et à la sensibilisation très variable selon les acteurs et les territoires. La formation et la préparation des futurs professionnels (ou des professionnels actuels) apparaissent ainsi centrales pour une meilleure prise en compte du non-recours dans leurs pratiques, au-delà de l'accès aux droits sur lequel ils sont déjà formés. Si la formation des agents d'accueil a bien été identifiée comme un axe de réflexion dans le GT, il semble important d'**amener les conditions de la formation à un cercle de professionnels plus large** (cadres intermédiaires, travailleurs sociaux, professionnels paramédicaux et/ou de santé…).

➔ **Soutenir la formation initiale et continue** sur les questions de non-recours, qui se développe par différents canaux. Elles sont en effet présentes dès le lycée (dans le bac Sciences et techniques sanitaires et sociales) et dans une agrégation. Les établissements de formation en

travail social s'y réfèrent de plus en plus, sans pour autant que le non-recours fasse partie des socles communs aux métiers du social. De même, il existe des formations dispensées par le CNFPT, et notamment l'INSET d'Angers, qui sont des leviers intéressants pour toucher les agents des collectivités territoriales. Certains organismes de protection sociale commencent parallèlement à développer des modules de formation (via leurs centres de formation dédiés ou par des appels d'offres), à destination de leurs agents et, parfois, de partenaires.

- ➔ **Intégrer les personnes concernées dans des formes de formation intégratives/contributives**, pour une prise en compte dans les contenus des savoirs « expérientiels » ou « d'usage » de ces personnes. Plus globalement, la participation des personnes est un levier pour réduire le non-recours par non-pertinence de certains dispositifs.

Travaux à signaler

Collectif SOIF de connaissances.
http://www.collectif-soif.fr/

4. L'enjeu incontournable de la dématérialisation

La dématérialisation des démarches administratives est un enjeu central en termes d'accès et de non-recours aux droits, les travaux sur ce sujet insistant sur le fait que simplifier l'accès aux droits par ce biais n'est pas synonyme de favoriser l'accès. De plus, en lien avec la volonté de ce GT de renverser la charge de la réussite des différents dispositifs sociaux en vigueur en faveur des allocataires, il faut rappeler la surexposition des publics les plus précaires qui, du fait de leur situation, doivent multiplier les échanges avec les organismes sociaux et sont ainsi davantage confrontés à la barrière numérique. La crainte des erreurs et de leurs effets sur les droits (indus, suspension, complications, etc.) est exacerbée par ce médium, ce qui peut nourrir la défiance des personnes vis-à-vis des organismes de protection sociale et le non-recours par non-demande ou abandon des démarches. Si des initiatives intéressantes sont mises en place sur le territoire pour prévenir les difficultés liées à la dématérialisation, elles apparaissent comme très dispersées. Les perspectives évoquées en termes d'offre de médiation à direction des personnes les plus éloignées évoquent le plus souvent des personnels (services civiques, bénévoles) peu ou pas formés aux droits sociaux, ce qui peut conduire à complexifier davantage les situations ou à manquer l'objectif visé.

En lien avec les travaux réalisés dans le cadre de la stratégie nationale pour l'inclusion numérique :

- ➔ Mettre en place des systèmes de détection et d'évaluation des compétences numériques des habitants, sur une base territoriale partagée par les acteurs publics, afin d'éviter les effets de renvoi et de délégation contrainte entre organisations.
- ➔ Assurer une offre de médiation qualifiée (en termes de droits sociaux notamment), pour tenir compte de la spécificité des situations de vie, souvent précaires, des usagers les plus dépendants.
- ➔ Maintenir la possibilité de démarches au moyen de formulaires papier pour les personnes ne pouvant objectivement pas utiliser les outils numériques ou mettre en place une offre d'accompagnement et de prise en charge spécifique pour ces populations.

Travaux à signaler

« Conditionnalités implicites et productions d'inégalités : les coûts cachés de la dématérialisation administrative ». Odenore : 2017.
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rfss264.pdf

*

* *

De manière transversale, du point de vue de la **méthode**, il nous semble par ailleurs intéressant de s'inspirer de ce qui se déroule avec l'expérimentation « Territoires zéro chômeur de longue durée ». Les propositions qui ressortiront des travaux du Groupe de travail 4 pourraient ainsi être mises en place sur des territoires volontaires, qui les évalueraient afin d'identifier la pertinence et les conditions d'un déploiement plus large.

DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA PRÉVENTION ET À LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

http://solidarites-sante.gouv.fr/strategie-pauvrete/

@Delegpauvrete

#StratégiePauvreté