



HAL
open science

Recueil des Etudes & Observations 2006 de l'Odenore

Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Ke Li, Mei Zhang, H el ena Revil,
Hélène Nguyen

► **To cite this version:**

Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Ke Li, Mei Zhang, H el ena Revil, et al.. Recueil des Etudes & Observations 2006 de l'Odenore. 2007. halshs-00150457

HAL Id: halshs-00150457

<https://shs.hal.science/halshs-00150457v1>

Submitted on 30 May 2007

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

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

RECUEIL DES *ETUDES & OBSERVATIONS* 2006 DE L'OBSERVATOIRE DES NON RECOURS AUX DROITS ET SERVICES

Odenore

Catherine Chauveaud – Philippe Warin

Rapport annuel 2006 de l'Observatoire des non recours aux droits et services

L'observatoire des non recours est un dispositif de travail mis en place en 2003 pour le développement d'un programme de recherche dédié à l'analyse du phénomène du non recours, en France et en Europe.

Ce rapport annuel présente un recueil d'études réalisées en 2006 dans les domaines de l'insertion sociale et professionnelle, de la santé et des refus de droits. Certaines études sont confidentielles et ne sont pas publiées ici.

Les notes d'observation mises en ligne sur le site de l'*Observatoire des non recours aux droits et services* (<http://Odenore.msh-alpes.prd.fr>). Des résumés en français et en anglais sont disponibles.

Mots clefs : accès/non accès, recours/non recours, précarité, prestations sociales, insertion sociale et professionnelle, santé, autonomie/vieillesse.

Annual Report 2006 of the Unit for research on Non-take up of Social Benefits and Public Services

This Unit has been launched in March 2003 to develop a research program dedicated to the analysis of non-take-up in France and Europe.

This annual report presents a collection of studies carried out in 2006 in the fields of the social and professional inclusion, health and refusal of benefits. Some studies are confidential and not published here.

All studies are put on line on the website (<http://Odenore.msh-alpes.prd.fr>). French and English summaries are available.

Key words : access/non access, take-up/non-take-up, precariousness, social benefits, social and professional inclusion, health/care.

SOMMAIRE

Observations et études

Le non recours des publics accueillis par une structure d'accompagnement social. Requêtes statistiques sur les données sociales du Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale (SATIS) ----- p. 3

Le non recours dans une structure de proximité. Construction d'un outil de repérage et de comptage du non recours pour le public du « Relais de voisinage »----- p. 10

Les difficultés d'accès aux droits et services des populations modestes. Enquêtes par questionnaires auprès du public d'un Point d'Information Médiation MultiServices (PIMMS) installé dans un quartier d'habitat social ----- p. 14

Refus de droit et traitements injustes. Biographies, caractéristiques et réactions des personnes discriminées----- p. 28

Mesure et explication du non recours aux droits et aux services. De la santé aux droits sociaux, développement d'un dispositif d'observation scientifique ----- p. 65

Observations et travaux d'étudiants

Analyse statistique de données sociales et création d'un outil de traitement informatisé de données individuelles----- p. 66

Le non recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire des allocataires du RMI : mesure et analyse. Etude dans une Caisse Primaire d'Assurance Maladie ----- p. 67

Les personnes âgées et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Analyse de la sous-utilisation des heures prestataires préconisées dans certains plans d'aide APA----- p.105

Le non recours des publics accueillis par une structure d'accompagnement social.

Requêtes statistiques sur les données sociales du Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale (SATIS).

Le SATIS (Service d'Accompagnement Temporaire vers l'Insertion Sociale) est un service du CCAS de Grenoble. Il dépend de la Direction Développement Social et Solidarité et constitue avec six autres services ou établissements le secteur Accueil Hébergement Insertion. Issu d'une structure créée en 1989, le CORESE (Centre d'Orientation et de Suivi Educatif), le SATIS propose un accompagnement social des ménages en difficultés ou en rupture sociale. Ses actions sont en direction des ménages de plus de 25 ans, non accompagnés d'enfant, et sans référent social identifié. Elles visent à assurer leurs accès (ou retour) à des revenus, une activité, une protection sociale et médicale, à la culture.

Le public accueilli est particulièrement vulnérable. A leur arrivée, les personnes sont très souvent en situation de rupture familiale et d'errance. Aussi, les premières démarches qu'engagent les travailleurs sociaux du SATIS concernent le logement (et en particulier la recherche d'un hébergement immédiat) et des demandes d'aides financières, y compris pour des personnes disposant de salaires ou d'aides sociales.

Par an, on compte plus de 3 000 passages au SATIS. Comme beaucoup de structures d'accompagnement social, le SATIS dispose d'une connaissance statistique des publics. Celle-ci est présentée dans ses bilans d'activité.

Néanmoins, les données de ce type, pourtant très riches, ne donnent jamais lieu à une analyse spécifique des situations de non recours. C'est également vrai pour le SATIS.

La sous exploitation de la multitude de sources d'information disponibles pose un réel problème pour la reconnaissance et la mesure du phénomène du non accès aux droits sociaux (sinon de non demandes¹). De ce point de vue des progrès seraient à faire par rapport à d'autres pays européens, comme les Pays-Bas par exemple².

L'étude réalisée en lien avec deux étudiants du Master « Ingénierie de la Communication Personne – Système » de l'Université Pierre Mendès France de Grenoble, en stage à ODENORE³, présente les résultats de requêtes statistiques effectuées sur la base de données informatisées du SATIS. Ces requêtes ont été produites dans le but de proposer à l'organisme des indicateurs de résultats qui pourraient venir compléter ses bilans d'activités. Une autre partie du travail, d'ingénierie informatique, a consisté à créer un outil permettant au service d'établir un suivi de ses interventions sociales, de façon à mieux rendre compte de toute l'épaisseur du travail social réalisé.

Les résultats présentés ici portent uniquement sur les requêtes statistiques effectuées, à partir du logiciel Micasoft utilisé par le SATIS, sur l'ensemble des personnes pour lesquelles l'accompagnement social s'est achevé au cours de l'année 2005 (n = 155).

Au cours de leur passage au SATIS, ces personnes ont bénéficié de près de 600 démarches de la part des travailleurs sociaux, soit une moyenne de 3 à 4 démarches différentes par personnes (sachant qu'une démarche peut donner lieu à plusieurs interventions). Ces démarches portent pour l'essentiel sur l'hébergement et le logement, ainsi que sur les ressources. Viennent ensuite la santé et l'insertion professionnelle. Cela donne une idée du travail de « récupération de droits » effectué par ce type de structure.

¹ Une reconnaissance explicite du problème du « non recours » se retrouve dans le rapport de la mission de l'IGAS « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ». Il est dit que la non demande, symptomatique d'une précarité installée, est à considérer comme un vecteur majeur du phénomène de non recours (Hautchamp M., Naves P., Tricard D. Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? », IGAS, rapport n° 2005 026 en ligne sur le site <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/actualite.htm>).

² Warin P (coord), *Exit from and non take up of public services. A comparative analysis: France, Spain, Greece, Hungary, Germany, Netherlands – Final Report*. EC. March 2006. www.exnota.org

³ Li KE, Zhang MEI, *Analyse statistique de données sociales et développement d'un outil de traitement informatisé de données individualisées*. Rapport du projet de Génie Logiciel, mars 2006.

Parmi celles-ci nous avons cherché à caractériser les personnes « sans ressources » à l'entrée au SATIS, partant de l'hypothèse que ces personnes en particulier pouvaient se trouver dans des situations de non recours particulièrement prononcées (« non recours complet », « permanent », « cumulatif » selon nos définitions⁴). Dans le groupe des personnes « sorties » du SATIS au cours de l'année 2005, 64 n'avaient aucune ressource financière à leur entrée, c'est-à-dire au moment du tout premier entretien avec l'équipe du SATIS.

Etant donné l'étroitesse des effectifs considérés, il faut lire avec prudence les résultats qui sont donnés en % ou en proportion. Les rubriques dans les tableaux sont celles du SATIS (nous n'avons rien changé à leur formulation).

Tableau 1 : Ressources à la sortie des « sans ressources » à l'entrée

Ressources sortie \ Ressources entrée	Sans	
	Nombre	Pourcentage
Sans	9	14,06 %
Salaire	13	30,31 %
Assedic AUD	13	20,31 %
Pension retraite	1	1,56 %
Pension invalidité	1	1,56 %
AAH	4	6,25 %
RMI	21	32,81 %
CES	1	1,56 %
Information non complétée	1	1,56 %

N = 64

On voit ici que 9 personnes sur 64 entrées au SATIS sans ressources l'ont quitté sans ressources non plus. Toutes les autres, soit 86%, ont donc accédé à des ressources, sous forme de salaires (22% d'entre elles) ou d'aides sociales (62%) et notamment le RMI (près d'1 personne sur 3).

Cette distribution indique une forte récupération d'aides sociales, significative d'un **non recours massif** aux prestations sociales à l'entrée au SATIS.

Les résultats de requêtes statistiques nous indiquent principalement deux choses :

- D'une part, la forte exposition des usagers du SATIS (et par extension des structures d'accompagnement vers l'insertion) aux situations de non recours.
- D'autre part, l'impact mais parfois aussi les limites du travail de récupération de droits et le maintien en situation de non recours d'une partie des personnes vulnérables qui rencontrent un moment donné ces services sociaux.

Plusieurs observations vont dans ce sens, que ce soit au regard des situations professionnelles, résidentielles, des ressources et de la couverture sociale, ou bien des motifs de fin de suivi.

1. Situations professionnelles à l'entrée et à la sortie

Le passage par le SATIS signifie pour beaucoup de personnes un retour vers l'insertion sociale et professionnelle (Tableau 2). De ce point de vue les résultats sont encourageants pour la structure :

- Parmi les personnes qui arrivent au SATIS sans ressources, plus de 98% sont sans emploi (inscrites ou le plus souvent non inscrites à l'ANPE). L'accompagnement social permet un retour à un emploi (CDI, CDD ou intérim) de près de 25 % d'entre elles. Ainsi, entre l'entrée et la sortie, près d'1 personne sur 4 arrivant sans ressources, ni emploi, en retrouve un.

⁴ <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/De%20quoi%20parle%20t%20on.rtf.pdf>

- La tendance est la même avec les allocataires du RMI : si près de 97 % d'entre eux se présentent au SATIS sans emploi, 30% en sortent avec une activité, mais dans des emplois qui sont cependant précaires (CDD, intérim, emploi saisonnier, stage rémunéré).

Tableau 2 : Situations professionnelles en début et fin de suivi selon les ressources à l'entrée (nombre de personnes)

	Ressources à l'entrée							
	Sans	Salaire	Assedic AUD	Assedic ASS	Pension Retraite	AAH	RMI	CES
Sit. Prof. à l'entrée								
Sans emploi non inscrit à ANPE	38			1		2	20	20
Sans emploi inscrit ANPE	24		11				9	9
CDI	1	3						
CDD		1		1				
Intérim		9					1	1
Retraite					4			
Sit. Prof. à la sortie								
Inconnue	5		2					
Sans emploi non inscrit à ANPE	18					1	9	9
Sans emploi inscrit ANPE	22	1	4				11	11
CDI	2	2	1					
CDD	12	2	3	2			5	5
Intérim	2	8					1	1
Saisonnier							2	2
Stage rémunéré							1	1
Retraite	1		1		4		1	1
Information non complétée	1					1		

2. Situations résidentielles en début et fin de suivi

Le public du SATIS rencontre de graves problèmes de logement sinon d'hébergement (Tableau 3). Une proportion importante de personnes n'a pas de domicile au début du suivi et vit dans la rue, dans des squats ou des voitures. Ce n'est pas seulement le cas de personnes sans ressources (40% d'entre elles), puisque ces problèmes concernent aussi des salariés (16%) ou des allocataires du RMI (38%). La sortie du plus grand nombre de personnes de telles situations à l'issue de leur passage au SATIS montre l'efficacité de l'accompagnement social.

Les résultats sur le logement en début et en fin de suivi, établis en fonction des ressources à l'entrée au SATIS, donnent une mesure de ce qu'il advient des populations « sans ressources et sans logement, ni hébergement » à l'entrée :

- Ainsi, parmi les personnes qui entrent au SATIS sans ressources, 41% sont, en début de suivi, à la rue, dans un squat ou une voiture, contre 8 % en fin de suivi.
- De même pour les allocataires du RMI à l'entrée au SATIS, 37% sont dans ce cas en début de suivi contre 13% à la fin.

Tableau 3 : Situations résidentielles en début et fin de suivi selon les ressources à l'entrée

Ressources à l'entrée							
Sans	Salaire	Assedi c AUD	Assedi c ASS	Pensio n Retrait e	AAH	RMI	CES

Logement à l'entrée

A la rue	14	1	3	1			8	
Squatt	7					1	2	
Voiture	5	1					1	
Ami	11	2	2				4	2
Héb temporaire	3		2				2	
CAM	1							
Log transitoire	1						2	
Héb d'urgence	21	7	2	1	4	1	10	
Famille		1					1	
Hôtel		1	2					

Logement à la sortie

Inconnu	14	5	2		1		7	
A la rue	3	1	1				4	
Squatt	2							
Voiture		1						
Famille	1	1					1	
Ami	6						1	1
Struct hospitalière	1							
Prison	1							
CHRS	15	2	3	2		1	5	
SONACOTRA	5	3	2		1		3	1
Loc privé	5						2	
Loc public	5		1		1		3	
Log transitoire							1	
Hôtel	1						2	
Héb d'urgence	1		1					
Décédé	2						1	
Maison de retraite			1					
Foyer					1			
Information non complétée	1					1		

3. Ressources et couverture sociale

Le croisement des variables ressources et couverture sociale permet d'observer la disparition de la catégorie des « sans ressources et sans couverture sociale » à la fin de l'accompagnement social.

En particulier, les personnes entrant au SATIS sans couverture sociale et sans ressources en ressortent avec des ressources. De même, 49 % des bénéficiaires de la CMU n'ont pas

de ressources à l'entrée, contre 7 % à la sortie. L'accompagnement social permet sur ce plan également de casser le cumul de non recours.

Tableau 4 : Couverture sociale à l'entrée et ressources en début et fin de suivi

	Couverture sociale				
	Sans	Sécurité sociale	CMU	AMER	Mutuelle
Ressources entrée					
Sans	5	25	35	1	2
Salaire		12	1		
Assedic AUD		9	2		1
Assedic ASS	1	1	1		
Pension retraite	1	2	1		1
Pension invalidité					
Indem journalières		1			1
AAH		1			
RMI	2		29		1
AI			1		
CES			2		
Ressources sortie					
Sans		3	5		
Salaire	1	21	11		2
Assedic AUD	1	13	5		1
Assedic ASS	1	1	1		1
Pension retraite	1	2	3		1
Pension invalidité		1	1		
Indem journalières					
AAH		2	6		1
RMI	4	8	32		
AI					
CES	1	1	5		
Formation profes			1		
Info non complétée			2		

4. Motifs de fin de suivi

Les motifs des fins de suivi offrent une indication intéressante sur les difficultés de la réinsertion : 32% des personnes sans ressources à leur arrivée interrompent leur parcours au SATIS (elles ne donnent plus de nouvelles après le premier rendez-vous, partent sans rien dire, n'effectuent pas les démarches, ne viennent pas aux rendez-vous). Dans ce cas il y a de fortes chances qu'elles replongent dans les difficultés et se trouvent à l'écart de droits qui auraient pu être activés.

Tableau 5 : Motifs de fin de suivi selon les ressources à l'entrée

Ressources à l'entrée							
Sans	Salaire	Assedi c AUD	Assedi c ASS	Pensio n Retrait e	AAH	RMI	CES

Motifs fin suivi

Logement + sectorisation	15	3	5		3		12	1
Plus de nouvelles après 1 ^{er} entretien	1	2						
Parti sans rien dire	8	4	1					
Décédé	3						1	
CHRS	15	2	2	2		1	5	
N'effectue pas les démarches	1							
Parti dans une autre ville	4	1	1				3	
Ne vient pas aux rendez-vous	8						6	
Incarcération	1							
Parti de lui-même	2						2	
Plus besoin de suivi social	3	1	2					
Attend un enfant							1	
Erreur d'orientation								1
Information non complétée	2					1		

On ne connaît pas la situation résidentielle en fin de suivi d'1 personne sur 3 qui était à la rue en début de suivi. C'est dire qu'une proportion non négligeable de personnes en grande difficulté reste à l'écart des dispositifs d'hébergement et des démarches permettant un accès à un logement. Ce résultat donne une estimation du « non recours aux dispositifs d'assistance ».

Tableau 6 : Situation résidentielle en fin de suivi pour les personnes à la rue à l'entrée au SATIS

Logement en fin de suivi	Personnes à la rue à l'entrée au SATIS	
Inconnu	11	30.56%
A la rue	2	5.56%
Squat	1	2.78%
Amis	1	2.78%
Structure hospitalière	1	2.78%
CHRS	11	30.56%
SONACOTRA	1	2.78%
Locataire privé	2	5.56%
Locataire public	2	5.56%
Hôtel	1	2.78%
Décédé	2	5.56%
Maison de retraite	1	2.78%

n = 36

Le non recours dans une structure de proximité.

**Construction d'un outil de repérage et de comptage du non recours pour le public du
« Relais de voisinage »**

... « Tu vas au Relais tout à l'heure, on se verra, il faut que je vois Françoise moi aussi »...

Le **Relais de voisinage**, c'est à peu près 900 passages annuels représentant environ 150 personnes. Un lieu de médiation dans un quartier qui accueille des personnes avec des difficultés de tous ordres (financières, de santé, psychologiques et psychiatriques...) qu'il faut aider, soutenir, accompagner. Du fait de ces difficultés, elles sont pour la plupart loin de leurs droits et autour d'un café, d'un thé ou d'un jus de fruit, Françoise, responsable du Relais, les incite à (ré)engager les démarches nécessaires pour y accéder.

Le travail avec le Relais de voisinage a démarré il y a presque 2 ans (1^{ère} visite le 30/08/04)⁵. Après plusieurs rencontres d'information, de compréhension et d'imprégnation du lieu et des objectifs de chacun, le Relais et l'Odenore ont décidé de travailler ensemble sur un repérage de situation de non recours du public du Relais.

Jusqu'à présent au Relais, seul un pointage en terme quantitatif (nombre de passages quotidiens d'hommes et de femme) était fait. De plus, des informations personnelles, des remarques sur les situations des personnes sont inscrites dans un cahier de bord.

L'idée d'aller plus loin dans le repérage du non recours parut intéresser vivement la responsable. Dans un premier temps, cela complètera le comptage quantitatif réalisé. D'autre part, cela apportera un plus en ce qui concerne la présentation de l'activité du Relais. Ce point n'est pas négligeable lorsqu'il est nécessaire de justifier le contenu d'une activité devant les responsables et des financeurs, surtout lorsqu'un poste est en jeu.

Le premier travail fut d'établir une grille de repérage. Pour cela, nous sommes partis du tableau « origines et causes » des non recours⁶ et nous avons établi des critères relatifs à l'existence ou non d'un non recours détecté, à sa provenance, à son domaine et à son explication. Cette nouvelle grille conserve toujours un aspect quantitatif et mesure le nombre de passages journaliers.

Elle est remplie anonymement (utilisation d'un identifiant) si possible quotidiennement afin d'éviter la perte d'informations. Parfois, les éléments intéressants en terme de non recours pour une personne ne sont sus qu'au bout de

⁵ Lire en ligne sur <http://ODENORE.msh-alpes.prd.fr>, page travaux Etudes et observations, le compte rendu de cette 1^{ère} rencontre qui relate l'origine de ce lieu.

⁶ <http://ODENORE.msh-alpes.prd.fr> page présentation « non recours »

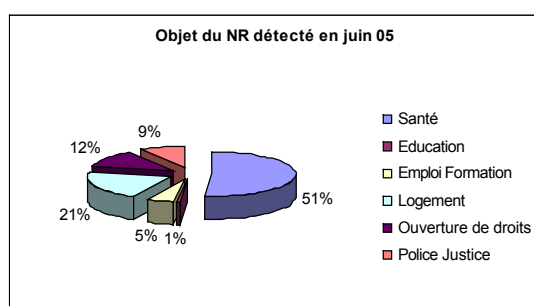
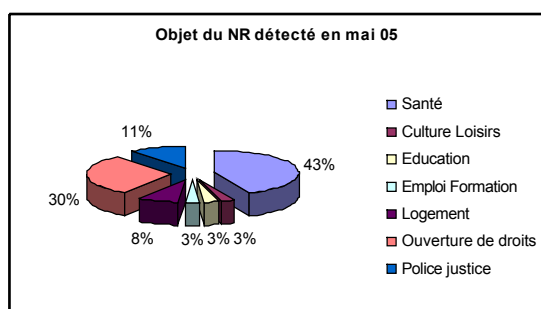
plusieurs passages. Ce type de relevé nous permet d'avoir une lecture longitudinale des situations de non recours, de voir si la personne est une « habituée » du lieu ou si elle est une « occasionnelle », quand une situation peut s'aggraver ou s'améliorer dans le parcours des personnes...

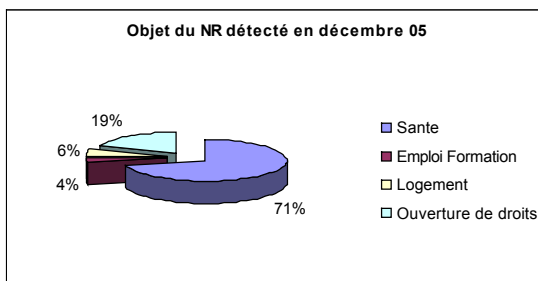
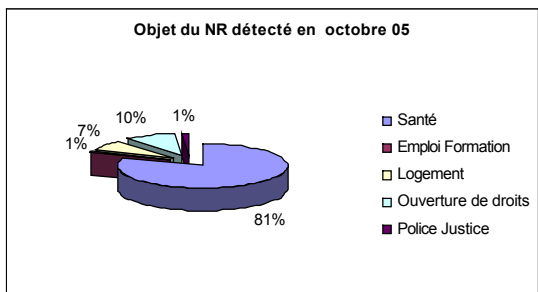
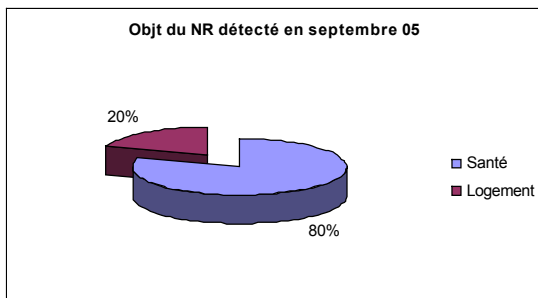
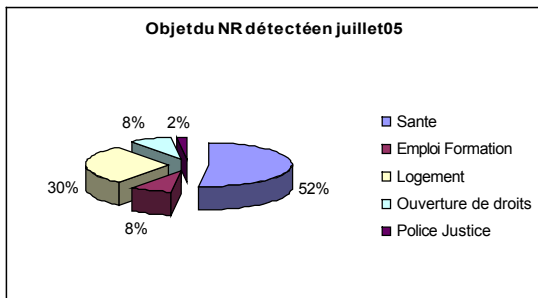
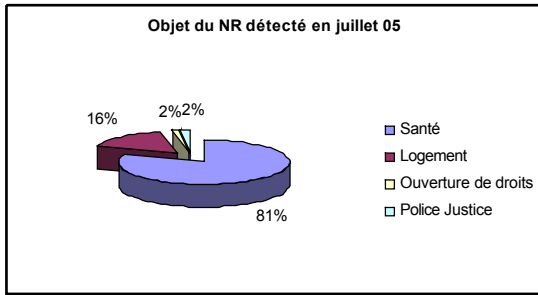
Ce repérage s'est fait sur 8 mois en 2005 de façon expérimentale. Il est affiné de façon permanente : par exemple les domaines des non recours constatés sont peu à peu précisés.

A ce jour, nous considérons 8 domaines de non recours : la santé, le logement, la culture-loisirs-vacances, l'éducatif, l'emploi-formation, la police-justice, les transports, les prestations sociales.

Ensuite, la situation est « décortiquée » : le non recours émane du dispositif, de l'organisme, de l'individu. Pour chacun des cas, les causes et les explications de ce non recours sont notées : exemples, « rationnement des prestations, pratique discriminatoire, obstacles psychologiques... ».

Les principaux résultats :





Sur une moyenne de 900 passages annuels, on constate 60 à 80 % de non recours.

Le public du Relais est très marqué par des problèmes de **santé** (physique et psychologique). C'est dans ce domaine là que l'on constate le plus grand nombre de situations de non recours.

Les causes des non recours constatés, les plus fréquentes sont :

1. Liées au dispositif : la complexité du droit et des démarches, le manque de lisibilité du dispositif, l'inadaptation des prestations aux besoins, le rationnement des prestations,
2. Liées à l'organisme : le dysfonctionnement institutionnel, les pratiques discriminatoires, les fonctionnements dissuasifs.
3. Liées à l'individu : les obstacles financiers, les erreurs de perception de sa propre éligibilité, les obstacles psychologiques, les obstacles de santé, l'isolement familial ou social.

Rappelons que ce travail est à prendre avec précaution car en fonction de ce que dit la personne, la responsable interprète et remplit la grille en conséquence. Puis l'Odenore se saisit des données pour les analyser. Malgré le travail sur les critères pour les rendre les plus cohérents possible, il reste toujours néanmoins le risque d'introduire des éléments subjectifs dans cette double analyse du Relais et de l'Odenore.

Les difficultés d'accès aux droits et services des populations modestes.

**Enquêtes par questionnaires auprès du public d'un Point d'Information
Médiation MultiServices (PIMMS) installé dans un quartier d'habitat social**

Dans le cadre de son programme d'études sur le phénomène du non recours, ODENORE a choisi de rencontrer le public d'une structure chargée de faciliter les relations entre populations modestes et services publics (administrations ou entreprises). Il est donc apparu intéressant de privilégier comme lieu d'enquête un PIMMS, pour ses objectifs de proximité et de médiation (voir Encadré n°1). Rappelons que le phénomène du non recours renvoie à *toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison*.

Entre juin et septembre 2006, l'Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) a donc réalisé une enquête auprès de 325 personnes utilisant les services d'un PIMMS installé dans un quartier d'habitat social de Grenoble. Le but de cette enquête était d'identifier la vulnérabilité de ces personnes par rapport à des **refus** de droits, de services et d'aides de la part de services publics, et d'examiner leurs conséquences en termes de **discriminations** ressenties et les effets en termes de **repli sur soi**. Cette étude a permis en même temps de caractériser le public du PIMMS et d'apporter également sur ce plan une information utile pour cette structure

Encadré n°1 : Les Points Information Médiation MultiServices

Le contexte

Afin d'adapter leurs services aux besoins de certains quartiers, 6 entreprises chargées de mission de services publics (EDF, Gaz de France, France Télécom, Générale des Eaux, La Poste, SNCF, et Kéolis) en lien avec l'Etat et les Collectivités locales ont décidé de créer le concept PIMMS.

Un premier Point Information Médiation Multi Services a ouvert ses portes dans le quartier des Etats-Unis (Lyon 8ème) en 1995. Aujourd'hui, il existe 11 associations PIMMS (label déposé à l'INPI) en France, dont 7 en région Rhône-Alpes.

Trois principes d'action

La proximité : Le PIMMS est un lieu convivial à l'écoute des habitants, implanté au cœur d'un quartier. Il propose des services de proximité complémentaires aux compétences traditionnelles des entreprises partenaires et des institutions.

La médiation : Le PIMMS joue un rôle d'interface entre la population et les services publics afin de rétablir dans un contexte de neutralité, le dialogue entre les deux parties et de trouver des solutions concertées aux difficultés qui peuvent survenir entre elles.

Le partenariat : Le PIMMS est un projet piloté par un groupe d'entreprises qui mutualisent leurs moyens en partenariat avec les pouvoirs publics et les acteurs socio-économiques du quartier.

Les objectifs

Les partenaires engagés poursuivent deux objectifs :

- Offrir à la population des quartiers, un relais facilitateur améliorant les relations entre les entreprises chargées de missions de services publics et leurs clients.
- Créer de l'emploi et constituer un parcours de professionnalisation à leurs salariés leur permettant d'évoluer vers une situation conforme à leurs projets professionnels personnels

Source : <http://www.pimms.org/concept.htm>

Autre site utile : http://www.openfing.org/proximites_sp/article.php3?id_article=38

1. Présentation de l'enquête

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire préparé avec l'équipe du PIMMS et passé directement auprès de personnes disponibles, rencontrées dans les locaux de la structure au moment de leur venue. Les 325 personnes rencontrées constituent par conséquent un échantillon aléatoire du public du PIMMS. Cette méthode a été choisie dans la mesure où aucune donnée préalable n'existe sur le profil de ce public. La durée de l'enquête (45 jours répartis sur une période de 3 mois ouvrés) permet cependant de considérer que les personnes rencontrées correspondent au public habituellement accueilli.

Le questionnaire se compose de 34 questions fermées (QF) dont plusieurs à réponses multiples, et de 9 questions ouvertes (QO). Il comprend trois parties : « Les venues au PIMMS », fréquence et raisons (8 questions – 4QF/4QO) ; « L'expérience de refus et le sentiment de discrimination » (15 questions – 9QF/6QO) ; « Le profil des personnes » (20 questions – 19QF/1QO). Cette dernière partie comprend 11 questions définissant un score de vulnérabilité à la précarité (voir Encadré n°2), créé par l'un des partenaires d'ODENORE, et utilisé pour identifier les populations socialement vulnérables. Il s'agit d'un des seuls indicateurs multidimensionnels de mesure du niveau de précarité des situations individuelles.

Encadré n° 2 : Le score « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les CES » (EPICES)

Le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF), créé en 1994 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, pour accompagner les Centres d'examens de santé (CES) dans leurs missions d'examen de santé, d'éducation pour la santé et de recherche épidémiologique. Le CETAF a construit un score individuel de précarité, dénommé score EPICES. Ce score a été établi en administrant un questionnaire à un échantillon de 7200 consultants

des centres. Ce questionnaire comportait 42 questions explorant toutes les dimensions de la précarité : diplômes, profession, famille, logement, protection sociale, revenus, difficultés financières, événements de vie, santé perçue, recours aux soins. En mettant en œuvre les méthodes d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple, il a été possible de sélectionner 11 questions qui résumaient 90% de l'information apportée par les 42 questions, et d'attribuer un poids à chacune de ces 11 questions. Ce score individuel de précarité a été validé sur un échantillon de 200 000 personnes.

Ces 11 questions sont :

Répondre par oui (O) ou non (N)

- 1 : Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2 : Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3 : Vivez-vous en couple ?
- 4 : Etes-vous propriétaire de votre logement ?
- 5 : Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ? (Alimentation, loyer, EDF, ...) ?
- 6 : Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- 7 : Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8 : Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9 : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
- 10 : En cas de difficultés, y a t-il dans votre entourage des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
- 11 : En cas de difficultés, y a t-il dans votre entourage des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Le score varie de 0 à 100 (0 : absence de précarité, 100 : précarité la plus élevée). Un score ≥ 30 : précaire EPICES, < 30 : non précaire EPICES.

Pour en savoir plus :

- C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, C. Dupré, L. Gerbaud *et al.*, « Les score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 14, 2006
- *Interfaces*, Journal d'information des Centres d'examen de santé, n° 1, avril 2005 (p. 7-14).

L'analyse statistique a demandé de produire :

- une analyse descriptive sur la totalité des variables, prolongée par une analyse stratifiée sur « refus » et « discrimination » de façon à caractériser ces groupes particuliers par rapport à l'ensemble de la population.
- le calcul du score EPICES.
- des tests de dépendance et des graphes de relations, pour établir les éventuelles relations qui caractérisent la fréquence et les raisons des venues au PIMMS, les refus, la discrimination.

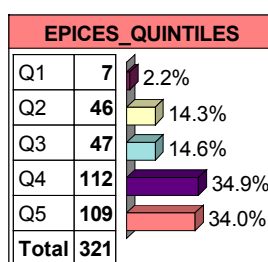
- une classification thématique des réponses aux questions ouvertes de façon à les intégrer dans l'analyse statistique d'ensemble.

2. Les résultats de l'étude

Un public majoritairement précaire

Le public du PIMMS de Grenoble rencontré au cours de l'enquête est plutôt féminin (55.2%), composé d'adultes (65.8% entre 26 et 59 ans), généralement diplômé (50% avec le Bac ou +, contre 25.2% sans aucun diplôme). Résidant très majoritairement dans le quartier où est implanté le PIMMS (82.6%), employés de profession (44%) mais le plus souvent sans activité au moment de l'enquête (55.5%), les usagers de cette structure de proximité sont généralement de nationalité française (75.3%), issus de familles d'origine étrangère (72.8%).

Sur le plan social, une majorité reconnaît vivre avec des difficultés financières chroniques (53.2%), qui se traduisent, par exemple, pour près d'1 enquêté sur 5 par une absence de complémentaire maladie (18.5%) et pour 1 personne sur 3 par la rencontre d'un travailleur social (30.8%). Au-delà, l'évaluation du score EPICES indique que 68% des enquêtés se trouvent au-dessus du seuil de précarité. Ils se partagent à égalité entre le 4^e (précaires) et le 5^e quintiles (très précaires). Si les hommes sont un peu plus nombreux dans les quintiles des non précaires, c'est le cas des femmes dans les quintiles des précaires. De même, les personnes précaires et très précaires sont plus âgées que les non précaires.



La population rencontrée, représentative du public du PIMMS, est donc majoritairement en situation précaire. Cela étant, les difficultés financières qui caractérisent dans une large proportion le public du PIMMS semblent quelque peu amorties. Beaucoup ont la possibilité d'être hébergés quelques jours en cas de besoin (73.8%) ou d'être aidés matériellement (68.9%), et la plupart (86.8%) ont des contacts avec leur famille (autres que pères, mères et enfants). Plutôt précaires sur le plan des revenus, les personnes enquêtées ne vivent pas dans un isolement social qui les fragiliserait davantage. Elles peuvent apparemment compter sur des solidarités immédiates pour se protéger d'une précarité accrue. Elles semblent donc relativement épargnées par les processus de désocialisation qui, on le sait,

aggravent les situations de précarité et provoquent bien souvent des processus d'exclusion sociale. Mais une petite majorité seulement semble avoir une vie sociale au-delà du quartier (au cours des 12 derniers mois, 57.5% sont parties en vacances, 53.2% ont fait du sport et 47.1% ont assisté à un spectacle), ce qui montre que le public du PIMMS est plutôt captif de son quartier.

Une fréquentation assidue du PIMMS pour sa fonction de médiation sociale

Le PIMMS est régulièrement fréquenté par une majorité de personnes, puisque 78.1% s'y rendent au moins une fois par mois, et 28.9% au moins une fois par semaine. Cette fréquentation élevée est due aux services qui sont délivrés par cette structure à la fois proche et polyvalente. La fonction « multiservices » du PIMMS est largement évoquée (50.3% de l'ensemble des citations relatives aux raisons de s'adresser au PIMMS), la « proximité » également (18.3% des citations). Mais on note aussi les fréquentes citations renvoyant explicitement à la fonction de « médiation sociale » du PIMMS (31.5% des citations). Ce résultat montre que le PIMMS apparaît non seulement comme pratique (une commodité de plus dans le quartier, pour l'achat de timbres et de cartes téléphoniques, pour l'accès à Internet ou le règlement de factures en espèces), mais aussi comme utile et probablement reconfortant, en tant que lieu d'écoute et de soutien, pour des personnes quelque peu démunies ou dépassées.

La qualité de l'accueil avec notamment la possibilité – bien rare – de pouvoir échanger dans sa langue maternelle et d'être aidé et soutenu dans des démarches administratives, viennent en tête lorsque l'on interroge les personnes sur ce qui fait à leurs yeux le principal intérêt du PIMMS (23.4% des réponses après classification thématique de la question ouverte). Une relation existe même entre la fréquence des venues au PIMMS et les raisons de s'y rendre. Le test de dépendance (Chi2) fait apparaître une forte liaison. Il indique que la proximité peut expliquer la fréquence élevée des visites (ce qui signifierait que le PIMMS, par sa localisation, fidélise une partie de son public) et, surtout, que des trois fonctions du PIMMS la médiation sociale (notamment perçue à travers la possibilité d'échanger avec quelqu'un et l'écoute reçue) suscite une fréquence plus élevée de venues au PIMMS.

Raisons	Fréquentation		
	Fréquemment	Peu fréquemment	1 ^{ère} fois
Multiservice	221	162	8
Médiation sociale	132	52	4
Proximité	93	47	2
Autre	26	28	2

Q3 (raisons) : « Pourquoi venez-vous au Pimms ? ». Q1 (fréquentation) : « Venez-vous souvent au Pimms ? » ; P=1.0% ; chi2=16.85 ; ddl=6 (TS)

Lecture : les couples de modalités soulignés en gras sont surreprésentés, ceux qui sont soulignés en clair sont sous-représentés.

Ce résultat est conforté par les données obtenues pour le score EPICES, puisque les personnes classées dans les quintiles des précaires et des très précaires représentent 71% des personnes venant fréquemment au PIMMS et moins de 65% de celles qui le fréquentent peu (rappelons que 68% sont classées précaires ou très précaires au score EPICES). Surtout, les non précaires EPICES sont surreprésentées parmi celles venant au PIMMS pour sa fonction multiservices, alors qu'à l'inverse les personnes précaires EPICES sont sous-représentées dans l'usage des commodités proposées.

raisons	Pour une aide dans mes démarches administratives	Pour régler des factures France Télécom et GEG en espèces	Pour acheter des timbres, cartes téléphoniques, retirer un colis	Pour avoir accès à internet, fax, imprimier des documents	Pour m'aider à commander des courriers	Pour échanger, discuter avec quelqu'un	parce que c'est à côté de chez moi	parce qu'il y a des personnes qui parlent ma langue	parce qu'on sait m'écouter	Pour une aide à la rédaction d'un CV	autre	TOTAL
PRECARITE_EPICES												
NP	6,2%	11,0%	33,3%	11,4%	1,9%	1,0%	21,4%	0,0%	4,8%	1,4%	7,6%	100%
P	12,1%	16,3%	20,5%	11,8%	2,9%	2,0%	17,3%	1,4%	6,6%	2,3%	6,8%	100%
TOTAL	10,5%	14,8%	24,0%	11,7%	2,6%	1,7%	18,4%	1,0%	6,1%	2,1%	7,0%	100%

NP : non précaire ; P : précaire

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 25.91$, ddl = 10, 1-p = 99,61%.

Le χ^2 est calculé sur le tableau des citations (effectifs marginaux égaux à la somme des effectifs lignes/colonnes).

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 737 citations.

Lecture : les cases bleues encadrées gras sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur à l'effectif théorique, les encadrées roses claires nettement inférieur.

Une reconnaissance du rôle du PIMMS dans l'accès aux droits sociaux

Sur l'ensemble des enquêtés un petit nombre (12.3%) reconnaissent que grâce au PIMMS ils ont pu obtenir un logement HLM ou une aide au logement, accéder à un service de santé, ou même trouver un travail, et surtout, pour la plupart, obtenir une prestation sociale ou familiale qui pouvaient leur manquer. Pour plus d'1 personne sur 10, le passage par le PIMMS permet donc d'entreprendre une démarche administrative et par là même de retrouver un droit. Parmi les personnes qui sont dans ce cas, la plupart ne savait pas comment s'y prendre (44%) et plusieurs ignoraient même que les services ou les aides en question existaient (19.4%), passant ainsi à côté, à défaut d'être informées.

Notons que cette observation est conforme à d'autres résultats, y compris ceux relevés dans des travaux étrangers déjà anciens, notamment nord-américains, qui se sont appliqués à montrer l'impact des structures de proximité dans les processus d'accès (ou de récupération) de droits sociaux. On pense en particulier aux travaux sur l'accès des bénéficiaires (en particulier des mères de famille) au *Temporary Assistance for Needy Families* (TANF) (ex *Aid to Families with Dependant Children* - AFDC), qui constitue aux Etats-Unis la principale

prestation familiale (Levens 1968 ; Horan, Austin 1974). Ces travaux ont en particulier expliqué comment la participation des personnes à des collectifs qui leur viennent en aide, constitue une socialisation bénéfique dans l'accès aux droits du fait de la confiance en soi et du soutien (conseils, accompagnement, défense) qu'elle procure.

Ce groupe de personnes en situation flagrante de non accès aux services et aux aides auxquels elles peuvent pourtant prétendre ne se distingue pas du reste du public accueilli par le PIMMS. Ses caractéristiques sociales sont identiques ou très proches de celles qui tracent le profil dominant décrit plus haut. La seule différence notable est que ce groupe est moins diplômé (37.5% sans aucun diplôme, pour 25.2% dans la population totale enquêtée).

Un public qui subit parfois des « refus de droits »

Une analyse des caractéristiques sociales des enquêtés, stratifiée sur l'expérience d'un refus d'un droit, d'un service ou d'une aide, a été réalisée. Par rapport au but général de cette enquête, il était essentiel de cerner au plus près cette population particulière, même si ces refus n'expliquent pas le recours au PIMMS (ils ne sont reliés, ni au rythme de fréquentation, ni aux raisons de s'y rendre ; les tests de dépendance obtiennent des résultats non significatifs).

Ce groupe représente 19.8% de la population enquêtée. Ce taux est particulièrement élevé si on le compare aux résultats de l'enquête « Histoire de vie – Construction des identités » réalisée en 2003 par l'INSEE, qui contient également des questions sur les refus de droits, qui ont directement inspiré la présente étude (Warin *et al.* 2005). Dans cette enquête nationale (n = 8 403), où pourtant la part des personnes étrangères ou d'origine étrangère avait été réévaluée, la population déclarant avoir subi un refus de droits ne représente pas plus de 2% du total. L'écart est important, et sur ce plan le public du PIMMS paraît particulier, au sens où il apparaît comme étant beaucoup plus vulnérable que la moyenne au phénomène de refus de droits, de services et d'aides, et aux inégalités sociales qui peuvent en découler. Car même si seulement 16.1% des personnes concernées disent qu'en ce qui les concerne ces refus sont fréquents (soit 2.7% du total de l'ensemble des enquêtés, ce qui nous rapproche, sur ce plan, de la proportion constatée par l'INSEE), on a affaire avec le public du PIMMS à une population qui paraît particulièrement exposée à ce type de risque. Aussi est-il intéressant de caractériser cette part non négligeable de la population enquêtée.

En ce qui concerne l'objet des refus, les expériences vécues renvoient essentiellement à des situations rencontrées lors de demandes d'allocations familiales, de minima sociaux, d'aides sociales ou juridiques, de bourses d'éducation (51.6% des cas). Il s'agit donc pour beaucoup de refus concernant des prestations financières. Ceux-ci ont nécessairement un effet important pour une

population qui, on l'a vu, est précaire sur le plan des revenus. En même temps, lorsque les personnes déclarent subir souvent de tels refus, les exemples apportés renvoient à autre chose encore, en particulier à des refus de logements (et d'APL) pour 33.3% d'entre elles, et autant en matière d'emploi.

Fondés sur des données déclaratives, ces résultats statistiques ne permettent pas de dire si à travers ces refus nous avons affaire à du non recours avéré, lié à des logiques et fonctionnements institutionnels. Il faudrait pour cela avoir la possibilité de vérifier l'éligibilité des personnes aux droits, services et aides en question. Ce qui était impossible dans le cadre de cette enquête. Nous ne pouvons donc pas dire s'il s'agit effectivement de « victimes de l'administration », même si les professionnels du PIMMS considèrent que les cas de non recours subis ne sont pas rares. A partir du questionnaire, on observe simplement qu'une minorité (11.9%) explique ces refus par son inéligibilité, son manque d'information, ou le caractère incomplet de sa demande, et dédouane ainsi le service public en question de toute responsabilité directe, les autres se considérant apparemment comme des lésés, ayant subi des entraves dans l'accès à un droit, un service ou une aide.

Nous l'avons vu plus haut, les enquêtés qui ont (re)trouvé certains droits grâce au PIMMS se distinguent assez peu de l'ensemble de la population enquêtée. Ce n'est plus le cas maintenant, avec ceux qui déclarent avoir subi un ou des refus. D'une part, ce groupe est plutôt masculin (54.7%) et est composé de personnes un peu plus âgées, puisque 48.4% ont entre 40 et 59 ans. En plus, il s'agit de personnes moins diplômées (39.7% sont diplômées du secondaire ou du supérieur, contre 50% dans l'ensemble de la population enquêtée, tandis que la proportion de sans diplômes est identique : 25.4% contre 25.2% dans la population globale). D'autre part, et surtout, ce groupe paraît moins protégé par des solidarités immédiates. En particulier, en cas de difficultés financières, les enquêtés concernés ne sont plus que 54.7% à dire pouvoir compter sur une aide matérielle, contre 68.9% dans le total de population enquêtée. Disposant de moins de ressources sociales (formation et relations personnelles), ce groupe paraît donc plus vulnérable, comme l'atteste son exposition plus élevée au risque de refus de droits, de services ou d'aides.

Le graphe des relations établi autour de la variable « refus » indique en même temps une relation de dépendance très significative avec la présence de difficultés financières chroniques. Le couple de modalités [refus/ difficultés] est surreprésenté. Cela n'indique pas nécessairement une relation de causalité, mais simplement le fait que lorsqu'on a affaire à du refus, on observe plus souvent la présence de difficultés financières (et inversement).

Refus	Difficultés		Non réponse
	oui	non	
Non	112	<u>127</u>	1
Oui	<u>47</u>	<u>16</u>	1
Encore faut-il connaître ses droits ?	14	5	0

Q9 (Refus) : « Vous est-il arrivé, d'une façon générale, que l'on vous refuse un droit, un service ou une aide alors que vous y aviez droit ? »

Q36 (Difficultés) : « Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des réelles difficultés pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) »

$P < 0.1\%$; $\chi^2 = 19.75$; $ddl = 4$ (TS)

Lecture : les couples de modalités soulignés en gras sont surreprésentés, celui qui est souligné en clair est sous-représenté.

Ce résultat est quelque part conforté par la distribution sur le score EPICES, puisque parmi les précaires EPICES, 21.2% déclarent avoir subi un refus, alors que parmi les non précaires 14% le reconnaissent.

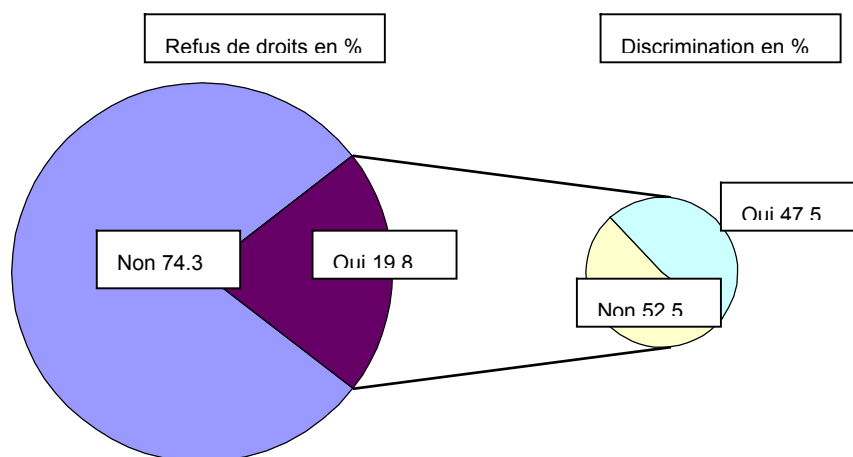
En même temps, la présence encore assez forte au sein de ce groupe de personnes disposant d'un certain niveau de diplôme peut questionner. En fait, la propension plus forte des diplômés et des sans diplôme à subir en général des refus de droits a déjà été observée et expliquée. Outre les processus de stigmatisation dans l'accès à certaines prestations (notamment les minima sociaux) qui dissuadent en particulier les populations diplômées (Moffit 1983), les processus de sélection plus ou moins implicites (Belorgey 2000) qui jouent dans l'accès aux droits et services nivellent la différence des diplômes. Autrement dit, d'autres caractéristiques sociales comptent davantage, comme la nationalité ou l'origine, et le lieu de résidence. D'ailleurs, comme le montre la présente enquête, à la question portant sur les situations qui exposent le plus les personnes à des refus, 52.8% des citations (sur la totalité des enquêtés⁷) renvoient à la mauvaise maîtrise de la langue, à l'origine étrangère, au fait d'habiter certains quartiers, à une apparence physique particulière, et très peu au fait de vivre seul(e) ou d'élever seul(e) ses enfants, de ne pas être en bonne santé ou être handicapé(e), ou d'être au chômage. Certains marqueurs sociaux ont donc un impact plus fort que d'autres, ce qui en l'occurrence a de quoi inquiéter sur notre capacité collective à atteindre l'objectif d'égalité des chances largement mis en avant aujourd'hui dans les politiques sociales. En l'espèce, la formation et les diplômes sont loin de constituer une protection suffisante pour les catégories populaires d'origine étrangère, comme celles composant le public du PIMMS.

⁷ Mais la proportion reste à peu près la même selon que les personnes déclarent avoir subi un refus (52.6%) ou pas (53.3%).

Refus de droits, sentiment de discrimination et origine

Près de 2 personnes enquêtées sur 3 (soit 65.7%) considèrent que certains refus ont des conséquences plus graves que d'autres. En général, ces refus concernent d'abord le travail (27.1% des raisons citées), puis le logement (21.3%). Plus que d'autres, ils fragilisent davantage ceux qui les subissent. Dans des proportions assez proches (74.4%), les enquêtés estiment également que le refus d'un droit, d'un service ou d'une aide à une personne qui est pourtant éligible renvoie toujours (49.1%) ou parfois (25.3%) à une discrimination⁸. Comme souvent l'expérience relativise les représentations, il ne reste donc qu'1 personne sur 2 (47.5% exactement) parmi celles ayant éprouvé un refus, pour estimer avoir subi à ce moment là une discrimination. Il est intéressant de caractériser davantage ces personnes.

Discrimination ressentie suite à des refus de droits

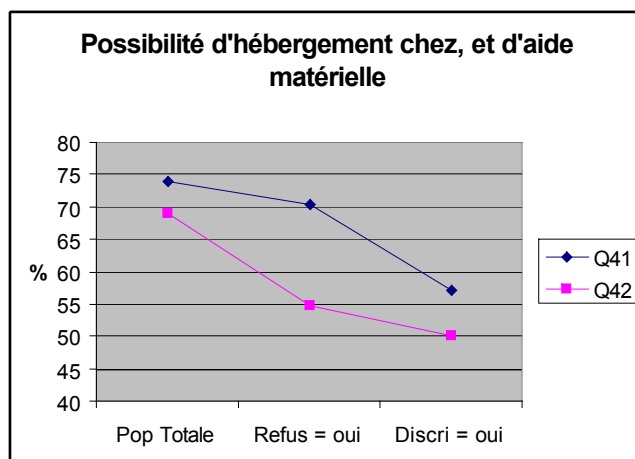


Lecture : 47,5% des personnes déclarant avoir subi un refus de droit ont éprouvé un sentiment de discrimination à cette occasion.

Une nouvelle analyse des caractéristiques sociales des enquêtés, stratifiée cette fois sur le sentiment de discrimination lié à une expérience vécue de refus de droits, de services ou d'aides, a été effectuée. Le principal résultat est que ce groupe des « refusés et discriminés » se distingue par des ressources sociales

⁸ Le test de dépendance n'est cependant pas significatif du fait d'un risque très élevé de se tromper dans l'affirmation de l'existence d'une relation ($p = 18.5\%$).

encore plus faibles. Le pourcentage de personnes dans ce cas, déclarant pouvoir compter sur quelqu'un pour être hébergées ou pour être dépannées matériellement, chute nettement, pour atteindre respectivement 57.1% et 50%.



Q41 : « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours ? »

Q42 : « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle ? »

La vulnérabilité sociale (vs faibles relations sociales) à laquelle semble plutôt échapper la population enquêtée prise dans son ensemble se concentre davantage ici. Elle était déjà plus forte avec les personnes déclarant avoir subi un refus, elle progresse encore lorsque celles-ci ont en plus le sentiment d'être discriminées, à cause notamment de leur origine sociale. Car lorsque l'on interroge ces personnes par rapport à quoi elles ont ressenti une discrimination, 65.8% de leurs réponses concernent directement leur apparence physique, leur lieu de résidence, leur patronyme et leur façon de parler, alors que ni leur âge, ni leur tenue vestimentaire, ni leur genre ne semblent avoir compté.

Une liaison apparaît donc entre la faible socialisation des personnes et leur sentiment de discrimination en cas de refus de droits, sans pour autant qu'il soit possible de la caractériser davantage ici. Ceci dit, des acquis des travaux de psychologie sociale sur la stigmatisation il est possible de retenir l'observation selon laquelle le sentiment d'être classé négativement varie selon l'environnement social et en particulier le degré de socialisation des individus. Il est plus fort ou plus fréquent chez des individus isolés. Tenant compte de cette précision, le résultat auquel aboutit cette enquête est important. Il indique deux choses. D'une part, le

public du PIMMS (et probablement celui qui, en général, fréquente ce type de structure dans les quartiers d'habitat social) est plus exposé que la moyenne à des refus de droits (par comparaison avec l'enquête INSEE). D'autre part, au sein d'une population plutôt précaire sur le plan des revenus, le risque de subir des refus et de ressentir alors un sentiment de discrimination grandit en même temps que les ressources sociales des personnes (formation et relations personnelles) diminuent.

Par rapport à la problématique générale du non recours, cette observation confirme l'effet du cumul des précarités matérielles et sociales sur les difficultés d'accéder aux droits et aux services. L'une des questions qui se pose alors est de savoir si on assiste du coup à un phénomène de repli sur soi, dans la mesure où le refus de droits peut avoir pour conséquence un retrait par rapport à l'offre publique, lui-même vecteur de désocialisation. Sur ce plan, l'enquête apporte quelques éléments qui ne sont pas des plus rassurants. D'une part, un tiers des personnes ayant ressenti cette discrimination (35.7%) n'ont pas réagi, leur argument principal étant qu'il n'y a rien à faire contre cela. S'agit-il d'une minorité résignée ? On peut d'abord se demander s'il est question d'une minorité, car à questionner les autres sur ce qu'ils ont fait, on s'aperçoit qu'ils ne sont plus qu'1 sur 2 à répondre clairement et à dire qu'ils se sont plaints auprès du service concerné, quelques-uns seulement déclarant avoir cherché l'aide d'un élu, d'un travailleur social, ou même du PIMMS. Minorité ou majorité résignée, la question est ouverte. Une chose, toutefois, paraît un peu plus certaine : la résignation effective de ces personnes. En effet, depuis cette expérience malheureuse, de nombreux enquêtés ne cherchent même plus à obtenir le service ou l'aide en question (28.6%), certains hésitent à s'adresser à l'organisme pour d'autres demandes (10.7%), ou d'autres, carrément, ne s'occupent plus de leurs droits (10.7%). Dans les trois cas il y a abandon, et le comportement qui transparaît indique bien la possibilité d'une résignation. Celle-ci va au-delà du ressentiment et se traduit par un repli, qui est à la base de « l'individualisme négatif » dont parle Robert Castel⁹.

*

* *

En ce qui concerne une structure comme le PIMMS, ces derniers résultats peuvent interroger sur le besoin de renforcer sa fonction de médiation sociale, qui, on l'a vu au début, est largement recherchée. Car au-delà de l'accompagnement vers des services publics pour accéder à des droits, il y a aussi un besoin apparent de soutenir davantage encore des personnes qui, résignées, sont prêtes à lâcher prise dans leurs démarches administratives, définitivement dissuadées par

⁹ L'*individualisme négatif* se nourrit de l'épuisement du système de solidarité bâti autour du salariat et procède par « soustraction par rapport à l'encastrement des collectifs » (Castel, 1995).

l'accumulation d'expériences négatives. C'est un des enjeux actuels du travail social dans sa fonction croissante d'accompagnement (Chauvière 2004). Au cas où ce but serait aussi fixé au(x) PIMMS, la première des questions est celle de sa pérennité et par conséquent de ses moyens.

Références

Belorgey J.-M. 2000. « De l'ignorance du droit civil par l'autorité administrative et par le juge », *Revue du Droit Sanitaire et Social*, vol. 36 (3), pp. 489-494.

Castel R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.

Chauvière M. 2004. *Le travail social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée*. Paris : Dunod.

Horan P.-M., Austin P.-L. 1974. « The Social Bases of Welfare Stigma », *Social Problems*, n° 21, pp. 648-657.

Levens H. 1968. « Organizational affiliation and powerlessness: a case study of the welfare poor ». *Social problems*, vol.16 (summer), pp. 18-32.

Moffitt R. 1983. « An Economic Model of Welfare Stigma », *American Economic Review*, vol. 73 (5), pp. 1023-1035.

Warin P., Chauveaud C., Mandran N. 2005. *Refus de droits et traitements injustes – Analyse des biographies, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées*. Rapports intermédiaires n°1 (février), n°2

Refus de droit et traitements injustes.

Biographies, caractéristiques et réactions des personnes discriminées

NB. Cette étude a été réalisée pour la DREES - Programme « Les dimensions de l'identité » - Convention MiRe n° 210/04.

Un résumé est présenté dans *La Lettre de la MIRE*, n° 13, avril 2007, p. 10.

1. INTRODUCTION

LE NON RECOURS COMME CONSEQUENCE DE DISCRIMINATIONS

« La discrimination porte moins sur les préjugés comme idées que sur les préjugés comme réalisations, moins sur les actes violents qui en découlent que sur les actions injustes qui s'en inspirent, comme le suggère l'expression de '*traitement défavorable*', généralement retenue ». De cette analyse proposée par le sociologue Didier Fassin (2002 : 410), nous retenons la nécessité de retrouver des expressions factuelles et observables pouvant concrétiser la discrimination, comme c'est le cas avec le « traitement défavorable ».

L'enquête « Histoire de vie – Construction des identités » de l'INSEE¹⁰ qui nous sert ici de matériau de recherche offre d'autres expressions de ce type, qui peuvent permettre de saisir la discrimination en actes, comme concrétisations de préjugés. En particulier, il est question dans une partie du questionnaire consacrée aux « Relations avec les autres », de « moqueries et d'insultes », de « mises à l'écart », de « refus de droits » et de « traitements injustes ». Ces quatre items ont été choisis par les auteurs de l'enquête pour évoquer concrètement des situations engendrées par des préjugés intolérants¹¹.

Si nous avons proposé de travailler à notre tour sur cette partie de l'enquête de l'INSEE et plus particulièrement sur deux situations, les refus de droits et les traitements injustes, c'est pour observer la possibilité d'une relation entre des

¹⁰ Cette enquête de l'INSEE a été préparée et financée par l'INED, la DREES, la DARES, le Département Culture et la Div, en collaboration avec l'INSERM et le GELD.

¹¹ Dans le questionnaire, la question initiale est la suivante : « Est-il déjà arrivé que l'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit à cause : de votre âge, de votre sexe (le fait d'être un homme ou une femme), de votre état de santé ou un handicap que vous avez, de la couleur de votre peau, de votre poids / de votre taille, de votre tenue vestimentaire / de votre look, du lieu où vous vivez, de votre région ou votre pays d'origine, de votre situation professionnelle ou votre niveau d'instruction, de votre nom ou votre prénom, de votre façon de parler (accent, maîtrise de la langue), de votre situation de famille, des caractéristiques de vos proches / de vos amis ou vos parents, de votre orientation sexuelle, de votre appartenance à une organisation politique / syndicale, de vos opinions politiques / syndicales ou religieuses, autre, non ». D'autres chercheurs ayant déjà exploité la partie « Relations avec les autres » de cette enquête ont signalé la grande proximité de la question ainsi formulée avec les termes de la législation relative à lutte contre les discriminations (Algava, Bègue 2004 ; Bègue 2005).

« discriminations ressenties », notamment dans des rapports avec des administrations, et le phénomène de *non recours aux droits et services* que nous étudions par ailleurs dans le cadre d'un programme général de recherche. Cette enquête offre en effet la possibilité bien rare de mettre en évidence une relation entre discriminations et non recours. Elle permet notamment de connaître les « causes déclarées » des attitudes et traitements négatifs, d'identifier les « situations engendrées » (notamment en termes de refus de droits et de traitements injustes), et d'en cerner les « conséquences » en particulier sous forme de « recherches de soutiens » et surtout de « renoncements à des projets ». L'enchaînement des questions trace une sorte de continuum entre discriminations ressenties et possibles conséquences en terme de non recours.

Si, concernant la discrimination, nous nous en tenons à la définition reprise plus haut à Didier Fassin, nous dirons que le non recours renvoie aux personnes qui, pour de multiples raisons, ne perçoivent pas tout ou partie des prestations, aides, ou services auxquels elles peuvent prétendre légitimement¹². Le non recours apparaît comme un phénomène préoccupant, au point de devenir aujourd'hui l'objet d'actions publiques spécifiques, en France (en particulier sous le couvert de la Loi de juillet 1998 relative à la lutte contre la précarité et les exclusions sociales, et de son article 2 visant à garantir à tous l'accès aux droits sociaux), mais aussi en Europe (à travers les plans nationaux d'action pour l'inclusion sociale servant à programmer et à coordonner les engagements des Etats membres). Nous ne répéterons pas ici ce que nous venons de synthétiser par ailleurs (Warin 2007), sauf à dire qu'en général le non recours inquiète fortement pour deux raisons principales. D'une part, il met à nu l'ineffectivité des politiques publiques dès lors que leurs destinataires n'y recourent plus. Résultat plutôt problématique lorsque les politiques en question, sociales en l'occurrence, développent une offre ciblée sur des populations ou des territoires prioritaires pour faciliter justement l'accès aux droits sociaux. D'autre part, le phénomène du non recours peut signaler un désintérêt pour l'offre publique, et de cette façon une perte de confiance et un repli qui vont au-delà de la stigmatisation ressentie¹³.

La discussion du phénomène du non recours peut être enrichie par une approche en termes de discriminations. L'explication institutionnelle qui est généralement proposée, met en avant les vides juridiques, les critères des politiques publiques et les fonctionnements administratifs dissuasifs. Pour autant elle insiste rarement sur

¹² Pour une présentation problématique du non recours et des éléments de typologie, se reporter au site de l'Observatoire des non recours aux droits et services : <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/>

¹³ L'approche du non recours en terme de stigmatisation est au centre des premiers travaux (anglo-saxons) portant sur le non accès aux prestations sociales sous condition de ressources. Elle a contribué à développer la sociologie du *Welfare stigma* (en particulier : Horan, Austin 1974 ; Moffitt 1983). A noter que la problématique de la stigmatisation reste toujours valable comme le montrent en particulier les travaux récents de Serge Paugam sur les formes de la pauvreté (Paugam 2005), nous y reviendrons dans la présentation de nos résultats.

les préjugés qui décident des choix et des actes concrets à l'endroit des individus (destinataires, demandeurs, usagers, bénéficiaires), même si le problème est connu. Les deux principaux rapports sur les difficultés d'accès aux droits sociaux en Europe le mentionnent (Melvyn 2001 ; Daly 2002). Ils pointent en l'occurrence les obstacles psychologiques et socioculturels des prestataires (institutions ou agents) qui développent des préjugés à l'égard de certains groupes. Toutefois, les conséquences possibles de ces préjugés sur les comportements de non recours n'ont pas donné lieu à d'études précises. Dans ce que nous connaissons des études françaises et surtout étrangères sur le sujet, il n'existe pas d'observations systématiques, ni de discussions spécifiques, sur le non recours en tant que conséquence d'actes injustes inspirés par l'origine réelle ou supposée des personnes. En ce qui concerne la recherche européenne, cette relative myopie est peut-être liée au fait que la question du rôle de la protection sociale en matière de lutte contre les inégalités de traitement dues à des discriminations est un sujet tabou, aussi bien au niveau des instances nationales qu'européennes (c'est la thèse d'Antoine Math : 2000). En tout cas, il est vrai que les discriminations liées à l'origine raciale ou ethnique ont été prises tardivement en compte par le droit européen (Barou 2006 : 202-206).

Certains travaux ont montré comment des dispositions ou attitudes politiques pouvaient stigmatiser les bénéficiaires de prestations sociales du fait de leur origine étrangère et de préjugés sur leur propension à ne pas faire d'efforts pour s'en sortir. Dans les pays anglo-saxons où la culture du soupçon a toujours été forte, ce processus de marquage social négatif, pouvant aboutir à un rejet ou à un repli, est particulièrement visible. La stigmatisation devient une forme de sanction imposée à celui qui n'arrive pas à s'adapter au fonctionnement d'une société libérale fondée sur la responsabilisation des individus (Taylor-Gooby 1976). Certains auteurs ont ainsi parlé de la stigmatisation comme d'un processus objectif de disqualification. A l'inverse, c'est pour contrer ce risque de stigmatisation qui menace la cohésion sociale que les pays scandinaves ont développé des systèmes de protection sociale généreux, fondés essentiellement sur l'imposition, mais qui en même temps concernent équitablement toutes les catégories sociales (Palme 2002).

Tenant compte de ces limites, l'enquête INSEE présente *a priori* un grand intérêt pour l'étude du phénomène du non recours. Elle offre, nous l'avons dit, un continuum des questions permettant d'établir l'existence d'une relation entre discriminations ressenties et non recours en tant que conséquence durable de refus de droits et de traitements injustes dans des « relations avec une administration », ou lors de la « recherche d'un logement » ou la « recherche d'un emploi ». Mais il y a plus, comme l'ont remarqué des premières exploitations de la partie « Relations avec les autres » de l'enquête INSEE, « l'approche [...] privilégie le point de vue des personnes, et ce sont donc elles qui choisissent de relater tel ou tel comportement. Ce sont également elles qui attribuent un motif au fait déclaré et qui indiquent les conséquences qu'il a pu avoir sur leur vie. De plus, cette approche

est rétrospective et, en racontant leur histoire, les enquêtés la reconstruisent et en livrent donc une vision qui doit être considérée comme subjective, mais qui est celle de leur ressenti actuel » (Bèque 2005 : 1). Il y a par conséquent une différence significative entre cette enquête et par exemple celles qui recourent au *testing*¹⁴. Celles-ci s'intéressent aux inégalités dans l'accès à différentes ressources en fonction de la nationalité ou de l'origine, et fondent ainsi l'analyse de la discrimination sur la mesure de ces inégalités. De son côté, l'enquête de l'INSEE ne parle pas d'inégalités, ni non plus directement de discrimination (ce que notent également Algava et Bèque dans un article très complet sur cette partie de l'enquête INSEE : 2006). Elle cherche plutôt à voir comment la spécificité éventuelle d'éléments liés à d'autres formes de différenciation sociale – questionnées à travers les biographies – en fonction de la nationalité ou de l'origine, mais aussi de l'état de santé, de la situation sociale, etc., peut agir sur le sentiment d'avoir subi ou non une discrimination et sur les conséquences que cela peut avoir, en particulier sous forme de renoncements. En d'autres termes, il nous semble que l'enquête de l'INSEE est construite davantage pour examiner des cas singuliers, et que de ce point de vue elle sert au mieux l'étude des discriminations dans la mesure où celle-ci (comme la lutte contre les discriminations, cf. Fassin 2002 : 410-412) repose sur un travail de casuistique.

L'analyse qui est proposée ici de l'enquête « Histoire de vie – Construction des identités » de l'INSEE porte – nous l'avons dit – sur une partie du questionnaire qui a déjà fait l'objet de premières exploitations. Cela étant, elle se distingue des précédentes de deux façons. D'une part, elle s'intéresse en priorité à deux des quatre situations engendrées par des préjugés (les refus de droits et les traitements injustes), tandis que l'analyse présentée par Elisabeth Algava et Maryline Bèque porte tout autant sur les « moqueries ou insultes » (surtout en milieu scolaire) et les « mises à l'écart » (plutôt dans des relations sociales au quotidien). Si l'étude statistique que nous avons réalisée porte nécessairement sur ces quatre dimensions (dans sa partie analyse factorielle et classification), le commentaire que nous présentons ici privilégie les situations de traitements injustes et surtout de refus de droits. Ce choix est lié à l'hypothèse selon laquelle les refus de droits dans les relations avec une administration et les traitements injustes lors de la recherche d'un logement ou d'un emploi renvoient *a priori* plus directement à la question du non recours au niveau de leurs conséquences possibles. Il est en partie justifié par les résultats des précédentes études, en particulier par le constat selon lequel « les refus de droits ont le plus souvent des conséquences sur la vie des personnes » (Algava, Bèque 2004 : 8). D'autre part, l'analyse réalisée ne porte pas spécifiquement sur une population donnée, comme les personnes immigrées et

¹⁴ Nous nous référons aux travaux de Jean-François Amadieu et de l'Observatoire des discriminations sur les discriminations à l'embauche (Observatoire des discriminations 2006) et à la récente enquête de Médecins du Monde sur la discrimination dans l'accès à des médecins ou professionnels de santé (Médecins du Monde 2006).

issues de l'immigration (Bègue 2005), même si évidemment l'analyse factorielle produite ici conserve toutes les caractéristiques sociodémographiques de l'enquête.

Le rapport est conçu en trois parties. Pour commencer une « Présentation du travail réalisé » indique comment l'analyse statistique de la base de données reçue du centre Quételet a été réalisée, mais aussi pourquoi et comment une enquête complémentaire, par questionnaires, a été menée. Ensuite, les principaux résultats sont présentés, pour caractériser les situations de refus de droits et de traitements injustes, ainsi que les personnes concernées, mais aussi pour rendre compte des effets engendrés en termes de non recours. Enfin, une discussion est ouverte en conclusion sur la manière d'interroger les relations entre discriminations et non recours.

Plusieurs annexes (assez volumineuses sont jointes au rapport). Vu leur taille, il a semblé préférable de les présenter dans un volume distinct, joint à ce Rapport de recherche final. Seule la liste de ces annexes est indiquée en fin de rapport, après la bibliographie citée dans le texte.

2. PRESENTATION DU TRAVAIL REALISE

ANALYSE DE L'ENQUETE « HISTOIRE DE VIE – CONSTRUCTION DES IDENTITES » ET ENQUETE COMPLEMENTAIRE

Conformément au projet et au plan de travail annoncé, cette recherche a été menée en deux temps, d'abord l'analyse statistique de la base de données « Histoire de vie – Construction des identités » de l'INSEE, puis le travail d'enquête complémentaire réalisé par l'Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE).

2.1. L'analyse statistique de l'enquête « Histoire de vie – Construction des identités »

La première tâche a consisté à prendre connaissance du « Dictionnaire des codes – juillet 2004 » de façon à sélectionner les questions qui intéressent notre sujet d'étude. Pour cela, une liste a été établie qui cerne principalement l'ensemble des items relatifs aux conséquences subies suite à des discriminations et à leurs effets sur les personnes (cf. Annexe n° 1). La sélection des questions s'est faite sur la Table HDV. Nous avons écarté les rubriques suivantes : « La généalogie », « Conclusion », « Conclusion (enquêteur) », « Variables de synthèse ». Par endroits il était impossible de tenir compte de ces rubriques du fait du non renseignement de ces variables. C'est notamment le cas avec la rubrique « Variables de synthèse » parmi lesquelles il aurait été intéressant de connaître les réponses à différentes questions, comme celles relatives au passage de l'enquêté

dans des institutions¹⁵ et aux périodes difficiles dans sa vie¹⁶. Nous n'avons pas les variables de synthèse, mais dans le fichier « bioapp » nous disposons tout de même des variables d'appréciations des différentes périodes de la vie des enquêtés, dans « biogrev » des variables de qualification des différentes périodes de revenus, et dans « bioginst » des variables qui correspondent aux périodes vécues en institutions. A partir de ces trois fichiers nous avons pu recalculer plusieurs variables¹⁷. Cela a nécessité un travail important de mise en forme des données initiales.

Les relations entre *discriminations / refus de droits et traitements injustes / conséquences* étant au cœur de l'analyse proposée, il a fallu les caractériser en tenant compte de toute l'épaisseur biographique contenue dans la base de données de l'INSEE. La sélection des questions a donc été forcément attentive à tous les éléments permettant de qualifier les personnes concernées, au regard de leur profil et de leurs parcours, mais aussi de leur sociabilité (diverses relations sociales, engagements et participations...), ainsi que des lieux de vie.

A partir de ce travail préparatoire, la première tâche sur le plan de l'analyse statistique a été d'identifier et de caractériser la population discriminée par des refus de droits et des traitements injustes. Les profils sociodémographiques des individus (selon le genre, l'âge, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle) et leurs parcours de vie familiaux, résidentiels et professionnels ont donc d'abord été décrits. Ces résultats ont été rapportés aux données de l'*European Social Survey* pour comparer les motifs des préjugés intolérants et relever d'éventuelles particularités. Les données de la Vague 1 de l'*Ess* (année 2003) ont été prises en compte afin de correspondre au mieux aux données de l'INSEE produites à partir d'une enquête réalisée entre février et avril 2003.

En second lieu, une analyse factorielle et une classification ont été produites pour établir une typologie des individus déclarant avoir subi une ou plusieurs discriminations. A partir de celle-ci, une étude des liaisons avec les variables explicatives a été produite. La méthode suivie, l'analyse factorielle et la classification, ainsi que l'étude détaillée des liaisons sont présentées dans l'Annexe n° 2.

A partir de ce travail d'analyse statistique, le rapport final présente principalement deux ensembles de résultats. Le premier porte sur la description générale de la population qui déclare avoir subi des comportements négatifs. Le second porte plus spécifiquement sur l'explication des situations engendrées et des conséquences

¹⁵ Variables INSTENF à ANNINST.

¹⁶ Variables PERDIFF à ANNENF.

¹⁷ Les variables INSTENF à ANNINST, PERDIFF à ANNENF.

vécues. Celle-ci fournit différents résultats qui doivent permettre de discuter de la relation entre discrimination et non recours.

La représentation cartographique des résultats, envisagée initialement dans le projet, n'a pas pu être réalisée à cause de la petite taille de la population trouvée *in fine*. Cette limite objective nous a surpris dans la mesure où nous nous attendions à une population plus importante. Du coup, seule une présentation de la population totale enquêtée, par effectifs par région, lieux de naissance et lieux de résidence a été produite (ce résultat limité est présenté pour information en Annexe n° 3).

La même raison a empêché également de concevoir une enquête complémentaire qualitative auprès d'individus résidant en Rhône-Alpes. La population déclarant avoir connu des « traitements injustes » et de « refus de droits » est de 579 personnes au total, dont environ 10% en Rhône-Alpes¹⁸, soit au mieux un effectif initial de 60 personnes, sans présumer de la possibilité de pouvoir les retrouver et de les interroger de nouveau. Il est aussi apparu en cours de route que ces entretiens complémentaires n'étaient plus envisageables.

2.2. Une enquête complémentaire par questionnaires

Le projet de recherche prévoyait d'affiner les résultats de l'étude statistique à partir d'enquêtes complémentaires. Supposant que certaines conclusions mériteraient d'être testées ou vérifiées, et surtout complétées, il était donc envisagé de profiter d'enquêtes en cours menées par l'Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) pour prolonger le travail. La difficulté à intégrer de nouvelles questions dans des observations en cours nous a conduit à mettre sur pied une nouvelle enquête, spécifiquement pour les besoins de cette recherche. C'est pour cette raison qu'un délai supplémentaire de six mois a été demandé à la DREES.

Dans la mesure où il ressortait de l'analyse de l'enquête INSEE que les refus de droits dans des relations avec une administration ou lors de la recherche d'un logement ou d'un emploi ont le plus souvent des conséquences sur la vie des personnes, nous avons choisi d'enquêter auprès du public d'une structure chargée de faciliter les relations entre populations modestes et services publics (administrations ou entreprises). Il est donc apparu intéressant de privilégier comme lieu d'enquête un Point Information Médiation MultiServices (PIMMS), pour ses objectifs de proximité et de médiation (voir Encadré n° 1).

¹⁸ Etant donné le poids démographique de cette région.

Encadré n°1 : Les Points Information Médiation MultiServices

Le contexte

Afin d'adapter leurs services aux besoins de certains quartiers, 6 entreprises chargées de mission de services publics (EDF, Gaz de France, France Télécom, Générale des Eaux, La Poste, SNCF, et Kéolis) en lien avec l'Etat et les Collectivités locales ont décidé de créer le concept PIMMS.

Un premier Point Information Médiation Multi Services a ouvert ses portes dans le quartier des Etats-Unis (Lyon 8ème) en 1995. Aujourd'hui, il existe 11 associations PIMMS (label déposé à l'INPI) en France, dont 7 en région Rhône-Alpes.

Trois principes d'action

La proximité : Le PIMMS est un lieu convivial à l'écoute des habitants, implanté au cœur d'un quartier. Il propose des services de proximité complémentaires aux compétences traditionnelles des entreprises partenaires et des institutions.

La médiation : Le PIMMS joue un rôle d'interface entre la population et les services publics afin de rétablir dans un contexte de neutralité, le dialogue entre les deux parties et de trouver des solutions concertées aux difficultés qui peuvent survenir entre elles.

Le partenariat : Le PIMMS est un projet piloté par un groupe d'entreprises qui mutualisent leurs moyens en partenariat avec les pouvoirs publics et les acteurs socio-économiques du quartier.

Les objectifs

Les partenaires engagés poursuivent deux objectifs :

- Offrir à la population des quartiers, un relais facilitateur améliorant les relations entre les entreprises chargées de missions de services publics et leurs clients.
- Créer de l'emploi et constituer un parcours de professionnalisation à leurs salariés leur permettant d'évoluer vers une situation conforme à leurs projets professionnels personnels

Source : <http://www.pimms.org/concept.htm>

Autre site utile : http://www.openfing.org/proximites_sp/article.php3?id_article=38

Entre juin et septembre 2006, l'ODENORE a donc réalisé une enquête auprès de 325 personnes utilisant les services d'un PIMMS installé dans un quartier d'habitat social d'une ville de 150 000 habitants, de façon à pouvoir disposer de personnes aux profils assez comparables à celles retenues pour l'enquête INSEE¹⁹.

¹⁹ « L'échantillon [de l'enquête INSEE] a été construit de manière à disposer d'un nombre suffisant de personnes immigrées et de personnes nées en France ayant un ou deux parents immigrés (sélectionnée grâce à leurs réponses à l'enquête Etude de l'histoire familiale) ainsi que de personnes de moins de 60 ans limitées par leurs

Le but fixé à cette enquête complémentaire était d'identifier la vulnérabilité de ces personnes par rapport à des « refus de droits, de services et d'aides » de la part de services publics, et d'examiner leurs conséquences en termes de « discriminations ressenties » et les effets en termes de « non recours ». Le choix problématique principal de cette enquête a donc été de renverser le rapport de causalité entre préjugés intolérants et situations engendrées (refus de droits – traitements injustes) contenu dans l'enquête INSEE. Ce rapport de causalité construit *de facto* les refus de droits et traitements injustes comme des actes inspirés par de la discrimination (au sens de préjugés à l'état d'idées). Il ne permet pas de considérer les refus de droits et traitements injustes (susceptibles d'engendrer des renoncements, *versus* non recours) autrement que comme des situations engendrées par de la discrimination.

Devant cette univocité du raisonnement, il est apparu intéressant de prendre les choses à l'envers et de vérifier si les refus de droits, de services et d'aides de la part de services publics, qui peuvent être des situations banales, suscitent ou non un sentiment de discrimination. L'enquête menée au PIMMS a donc été construite dans ce sens. Nous avons d'abord abandonné l'expression de traitements injustes qui, selon les premiers traitements de l'enquête INSEE, renvoie surtout aux relations au travail et en famille, pour utiliser l'expression de « refus de droits, de services et d'aides » qui paraît plus en lien avec notre objet de recherche. Partant de là, nous avons cherché à repérer des personnes déclarant avoir subi des refus pour les interroger ensuite sur leur sentiment ou non d'avoir été à ce moment là discriminées. De cette façon, il a été possible de vérifier, au-delà du postulat contenu dans l'enquête de l'INSEE, si les refus qui peuvent déboucher sur du non recours sont, pour les personnes qui les subissent, inspirés ou non par de la discrimination.

Comme nous le verrons, le fait que ce ne soit pas le cas conduit à considérer que les refus de droits constituent une médiation imparfaite entre discrimination et non recours, au sens où ils ne renvoient que partiellement à l'un et à l'autre. D'un côté, les refus ne sont pas de simples conséquences d'une discrimination. De l'autre, les refus n'ont pas pour conséquence automatique des situations de non recours. Nous

activités pour des raisons de santé afin d'apprécier l'influence de leur état de santé (sélectionnées au sein de l'échantillon de l'enquête Vie quotidienne et santé) » (Bègue 2005 :3). La population de l'enquête Odenore est aussi fortement caractérisée, en particulier sur l'origine des personnes. Cette population est plutôt féminine (55,2%), composée d'adultes (65,8% entre 26 et 59 ans), généralement diplômée (50% avec le Bac ou +, contre 25,2% sans aucun diplôme). Employés de profession (44%) mais le plus souvent sans activité au moment de l'enquête (55,5%), les usagers de cette structure de proximité sont généralement de nationalité française (75,3%), issus de familles d'origine étrangère (72,8%). Sur le plan social, une majorité reconnaît vivre avec des difficultés financières chroniques (53,2%), qui se traduisent, par exemple, pour près d'un enquêté sur cinq par une absence de complémentaire maladie (18,5%) et pour une personne sur trois par la rencontre d'un travailleur social (30,8%).

reviendrons évidemment sur cette observation générale et centrale pour nous, dans la partie conclusive du rapport.

Avant de préciser la méthodologie de cette enquête, ajoutons également que celle-ci a également permis de caractériser le public du PIMMS et d'apporter sur ce plan aussi une information utile pour cette structure.

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire préparé avec l'équipe du PIMMS et passé directement auprès de personnes disponibles, rencontrées dans les locaux de la structure au moment de leur venue. Les 325 personnes rencontrées constituent par conséquent un échantillon aléatoire du public du PIMMS. Cette méthode a été choisie dans la mesure où aucune donnée préalable n'existait sur le profil de ce public. La durée de l'enquête (45 jours répartis sur une période de 3 mois ouvrés) permet cependant de considérer que les personnes rencontrées correspondent au public habituellement accueilli.

Le questionnaire se compose de 34 questions fermées (QF) dont plusieurs à réponses multiples, et de 9 questions ouvertes (QO). Cette combinaison de questions fermées et ouvertes donne à cette enquête un caractère « quanti-quali ». Il comprend trois parties : « Les venues au PIMMS », fréquence et raisons (8 questions – 4QF/4QO) ; « L'expérience de refus et le sentiment de discrimination » (15 questions – 9QF/6QO) ; « Le profil des personnes » (20 questions – 19QF/1QO). Cette dernière partie comprend 11 questions définissant un score de précarité (voir Encadré n°2), créé par l'un des partenaires d'ODENORE, et utilisé pour identifier les populations socialement vulnérables. Il s'agit d'un des seuls indicateurs multidimensionnels de mesure du niveau de précarité des situations individuelles. Nous l'avons utilisé avec l'accord de ses auteurs, avec lesquels nous menons par ailleurs une recherche sur « Le non recours à la santé des actifs précaires ».

Encadré n°2 : Le score « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les CES » (EPICES)

Le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF), créé en 1994 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, pour accompagner les Centres d'examens de santé (CES) dans leurs missions d'examen de santé, d'éducation pour la santé et de recherche épidémiologique.

Le CETAF a construit un score individuel de précarité, dénommé score EPICES. Ce score a été établi en administrant un questionnaire à un échantillon de 7200 consultants des centres. Ce questionnaire comportait 42 questions explorant toutes les dimensions de la précarité : diplômes, profession, famille, logement, protection sociale, revenus, difficultés financières, événements de vie, santé perçue, recours aux soins. En mettant en œuvre les méthodes d'analyse factorielle des correspondances et

de régression multiple, il a été possible de sélectionner 11 questions qui résumaient 90% de l'information apportée par les 42 questions, et d'attribuer un poids à chacune de ces 11 questions. Ce score individuel de précarité a été validé sur un échantillon de 200 000 personnes. Le score varie de 0 à 100 (0 : absence de précarité, 100 : précarité la plus élevée). Un score ≥ 30 : précaire EPICES, < 30 : non précaire EPICES.

Ces 11 questions sont :

Répondre par oui (O) ou non (N)

- 1 : Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2 : Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3 : Vivez-vous en couple ?
- 4 : Etes-vous propriétaire de votre logement ?
- 5 : Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ? (Alimentation, loyer, EDF, ...) ?
- 6 : Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- 7 : Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8 : Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9 : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
- 10 : En cas de difficultés, y a t-il dans votre entourage des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
- 11 : En cas de difficultés, y a t-il dans votre entourage des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Pour en savoir plus :

- C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, C. Dupré, L. Gerbaud *et al.*, « Les score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 14, 2006

La saisie et l'analyse statistique des questionnaires ont été effectuées sur le logiciel Sphinx Lexica.

L'analyse statistique a demandé de produire :

- Une analyse descriptive sur la totalité des variables, prolongée par une analyse stratifiée sur « refus » et « discrimination » de façon à caractériser ces groupes particuliers par rapport à l'ensemble de la population.
- Le calcul du score EPICES.
- Des tests de dépendance et des graphes de relations, pour établir les éventuelles relations qui caractérisent la fréquence et les raisons des venues au PIMMS, les refus, la discrimination.

- Une classification thématique des réponses aux questions ouvertes de façon à les intégrer dans l'analyse statistique d'ensemble.

La préparation du questionnaire et l'analyse statistique ont été en partie conduites en lien avec une équipe de sociologues et de psychologues de l'Université Pierre Mendès France à Grenoble, spécialisés dans l'étude des discriminations (il s'agit du Groupe d'analyse des discriminations – GRAND). Cette équipe intègre aujourd'hui une partie de notre questionnement sur refus de droits, non recours et discrimination dans une enquête comparative (France, Pologne, Italie) en cours de lancement.

3. RESULTATS

DISCRIMINATIONS, REFUS DE DROITS ET TRAITEMENTS INJUSTES, RENONCEMENTS

3.1. Les populations soumises à des situations défavorables induites par des préjugés intolérants

(cf. Annexe n° 4)

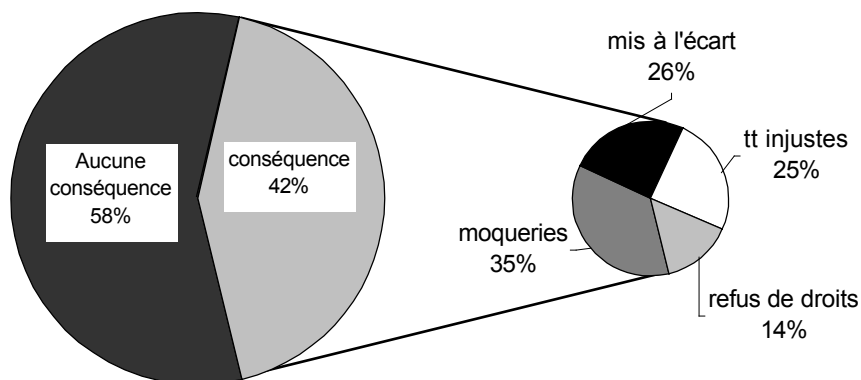
Un premier résultat brut donne une idée de l'ampleur du phénomène de discrimination saisi ici : un tiers de la population enquêtée par l'INSEE déclare avoir subi une ou plusieurs « discriminations ». Très exactement, 32,3% du total des personnes enquêtées, soit 2712 sur 8403, annoncent avoir été concernés par des préjugés intolérants.

Ce « tiers discriminé » est au cœur de notre étude, et, en son sein, plus particulièrement les personnes déclarant s'être retrouvées à cause de préjugés intolérants dans des situations de moqueries ou d'insultes, de mises à l'écart, et avant tout de traitements injustes et surtout de refus de droits²⁰. En effet, pour parler de discriminations il faut que les préjugés conduisent à un traitement défavorable, soit ici à l'une ou l'autre de ces quatre situations²¹.

²⁰ Ce sont les personnes ayant répondu à la question : « A cause de [cause mentionnée en DCAUSE] vous êtes-vous retrouvé(e) dans l'une des situations suivantes ? » (Vous avez eu à subir des moqueries, des insultes – Vous avez été mis(e) à l'écart des autres – Vous avez été traité(e) injustement – On vous a refusé un droit).

²¹ « Sous l'angle strictement étymologique, la discrimination signifie distinguer, séparer et n'a pas de connotation négative. Une distinction devient illégitime lorsqu'elle conduit à un traitement défavorable » (Algava, Bègue 2004 : 4 et 2006 : 116-120).

Graphique n°1 : Situations engendrées par des préjugés



Lecture : 42% des personnes déclarant avoir ressenti une ou plusieurs discriminations indiquent que celles-ci ont été la cause de l'une ou l'autre de ces situations : moqueries/insultes (pour 35% de ces personnes), mises à l'écart (26%), traitements injustes (25%), refus de droits (14%).

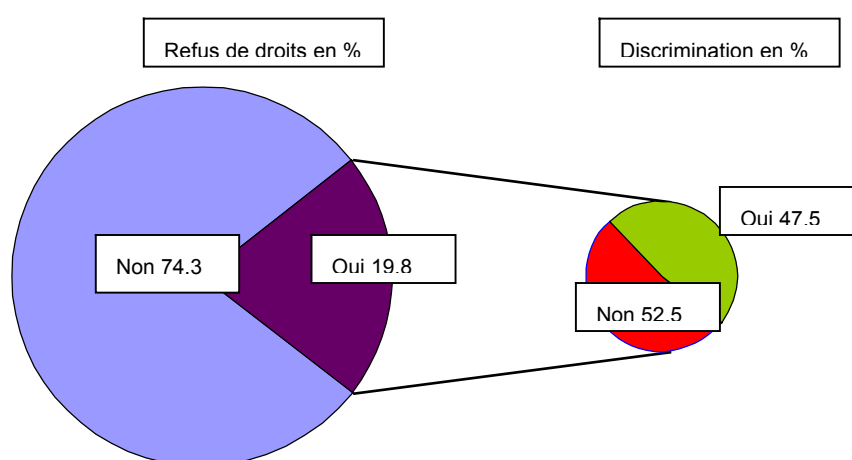
Ce tiers discriminé peut être détaillé. Première observation importante, il est composé à 58% de personnes pour lesquelles les préjugés subis n'ont pas eu de conséquences, et donc pour 42%, de personnes qui au contraire déclarent s'être retrouvées dans l'une ou l'autre de ces quatre situations défavorables. Au total, la part de ceux qui reconnaissent être ainsi confrontés, selon les termes de Didier Fassin, à des actes d'une certaine violence (moquerie/insultes, mises à l'écart) ou à des actions injustes (refus de droits, traitements injustes) est relativement réduite (Graphique n°1). Tout compte fait, la proportion de personnes déclarant avoir subi des refus de droits et des traitements injustes représente respectivement 3,4% et près de 2% de la population totale enquêtée, soit en tout 579 personnes sur les 7 253 pour lesquelles ces variables sont renseignées.

Dans l'enquête complémentaire réalisée auprès du public d'un PIMMS, nous sommes partis volontairement d'une question initiale différente²² pour rechercher l'existence d'un sentiment de discrimination provoqué par des refus de droits. Premier résultat, dans ce cas également les effectifs se réduisent plus on avance dans les questions. En clair, sur les 325 personnes enquêtées, près d'une sur cinq (19,8%) déclare avoir vécu au moins une fois une expérience de refus de droits. Ce

²² Réponse à la question : « Vous est-il arrivé, d'une façon générale, que l'on vous refuse un droit, un service ou à une aide alors que vous y aviez droit ? » (O/N).

taux est particulièrement élevé si on le compare aux résultats de l'enquête de l'INSEE, où des refus de droits sont signalés par 3,4% de la population totale. Sur ce plan, le public du PIMMS apparaît donc comme plus vulnérable que la moyenne aux refus de droits. Ce résultat doit néanmoins être nuancé, puisque 16,1% des personnes directement concernées indiquent que ces refus sont fréquents (soit 2,7% de l'ensemble des enquêtés, ce qui nous rapproche de la proportion relevée dans l'enquête INSEE). Surtout, près d'une personne sur deux (47,5%) parmi celles ayant subi un refus de droits déclare avoir éprouvé à ce moment là un sentiment de discrimination (soit 8,6% du total des personnes enquêtées)²³.

Graphique n°2 : Discrimination ressentie suite à des refus de droits



Lecture : 47,5% des personnes déclarant avoir subi un refus de droit ont éprouvé un sentiment de discrimination à cette occasion.

Le groupe des individus qui éprouvent un sentiment de discrimination suite à des refus de droits est moins protégé par des solidarités immédiates que le reste de la population enquêtée. La moitié seulement déclare pouvoir compter sur une aide matérielle de proches en cas de difficultés financières en fin de mois²⁴, contre 68,9% dans le total de population enquêtée, et 57,1% à être hébergées si besoin (contre 73,8%)²⁵. Disposant de moins de ressources sociales (formation et relations

²³ Réponse à la question : « Avez-vous le sentiment d'avoir subi à ce moment là une discrimination ? » (O/N), si oui à la question : « Vous est-il arrivé, d'une façon générale, que l'on vous refuse un droit, un service ou à une aide alors que vous y aviez droit ? » (O/N).

²⁴ Réponse à la question : « En cas de difficultés financières, y a-t-il dans votre entourage des personnes qui peuvent pour vous apporter une aide matérielle ? » (O/N).

²⁵ Réponse à la question : « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes qui peuvent pour vous héberger quelques jours ? » (O/N).

personnelles), elles paraissent à la fois plus vulnérables aux refus de droits et plus sensibles au sentiment de discrimination. Il faut également noter que parmi les 325 personnes interrogées, près de deux sur trois (soit 65,7%) considèrent que certains refus ont des conséquences plus graves que d'autres²⁶. En général, ces refus concernent d'abord le travail (27,1% des raisons citées), puis le logement (21,3%)²⁷. Dans des proportions assez proches (74,4%), les enquêtés estiment également que le refus d'un droit, d'un service ou d'une aide à une personne qui est pourtant éligible renvoie toujours (49,1%) ou parfois (25,3%) à une discrimination²⁸.

Ces résultats confirment globalement les données issues de l'enquête INSEE, selon lesquelles certaines catégories sont plus exposées au « risque de discrimination ». L'étude de la liaison entre les variables sociodémographiques (sexe, âge, origine familiale, pays de naissance, niveau d'étude, PCS, statut matrimonial, type d'habitat, logement dans une zone sensible) et de santé (sentiment d'être en bonne santé, malade, handicapé, âgé) avec la variable RN_discri (discrimination subie ou non) renvoie cependant dans l'enquête INSEE à des profils un peu différents en ce qui concerne l'âge et le niveau de diplômes. D'une part, les personnes de moins de 45 ans subissent davantage de comportements négatifs que les personnes plus âgées (ces personnes ont deux fois plus de risque de subir des discriminations que celles de plus de 40 ans : odds ratio = 2.1). Dans leur étude, Elisabeth Algava et Maryline Bèque notaient par ailleurs « la surexposition, ou la plus grande sensibilité, des jeunes de 18 à 24 ans interrogés à ces attitudes ou traitements négatifs » (Algava, Bèque 2004 : 4). D'autre part, les personnes en cours d'étude ou qui ont suivi des enseignements longs (techniques ou universitaires) ont 55% de risque en plus d'être confrontées à des préjugés négatifs. Maryline Bèque signalait aussi « une sensibilité plus marquée à l'intolérance des diplômés de la deuxième génération » (Bèque 2005 : 5), ce que confirme d'un autre côté l'Observatoire des discriminations lorsqu'il indique que les diplômés même de niveau élevé ne protègent pas contre les discriminations dues aux origines²⁹. La formation et les diplômes sont loin de constituer une garantie suffisante pour les catégories populaires d'origine étrangère, comme celles composant le public du PIMMS (à 72,8% des personnes issues de l'immigration et à plus de 50% avec le Bac ou plus). Selon d'autres études, il y a même une disqualification des diplômes des personnes d'origine étrangère (Héran *et al.* 2002).

²⁶ Réponse à la question : « Certains refus ont-ils des conséquences plus graves que d'autres ? » (O/N).

²⁷ Réponse à la question ouverte : « Si oui [à la question : « Certains refus ont-ils des conséquences plus graves que d'autres ? »], donnez un exemple ».

²⁸ Réponse à la question : « Pour vous, est-ce que le refus d'un service ou d'une aide à une personne qui devrait y avoir droit renvoie toujours à une discrimination ? » (O/N/parfois). Le test de dépendance n'est cependant pas significatif du fait d'un risque très élevé de se tromper dans l'affirmation de l'existence d'une relation ($p = 18.5\%$).

²⁹ Observatoire des discriminations 2006 : 7.

L'enquête INSEE caractérise autrement encore la population sujette à des comportements discriminatoires. D'autres dimensions entrent en ligne de compte. Le tableau suivant les présente et les compare aux motifs de discriminations relevés au niveau européen par l'*European Social Survey* (Vague 1 de 2003). Certaines de ces caractéristiques se retrouvent également dans l'Ess mais pas toutes, et inversement.

Tableau n°1 : Comparaison des motifs de discrimination (enquête INSEE / Ess 2003)

Enquête INSEE 2003	<i>European Social Survey</i> 2003
<p>Une situation professionnelle instable (chômeurs, étudiants, ou inactifs), un isolement au niveau de la situation matrimoniale (célibataires et divorcés) sont des situations dans lesquelles les personnes expriment avoir subi des discriminations. (respectivement odds ratio = 1.93 et 1.81). Autrement dit : les chômeurs, étudiants, ou inactifs ont 93% de risque en plus de subir des discriminations, 81% pour les célibataires et divorcés.</p>	
<p>Au niveau des origines familiales, ce sont les personnes issues de l'immigration qui déclarent subir le plus de discriminations. En particulier, celles nées en France, mais ne connaissant pas le pays d'origine de leurs parents, rencontrent plus de discriminations (odds ratio = 1.31).</p>	<p>Discrimination associée à la nationalité (total Europe : 16,7%) : plus sensible dans les pays du sud de l'Europe : Grèce (40 %), Espagne (24,5 %) et Portugal (24 %), Italie (22 %), qui oscille entre 10 et 20 % en France, Suisse, Allemagne, Suède...</p> <p>Discrimination associée à l'appartenance à un groupe ethnique (total Europe : 8,9%) : l'Allemagne (18,4 %) et l'Autriche (17,6 %), la Hongrie (18,6 %) mais également l'Espagne (17 %).</p> <p>Discrimination associée à la couleur de peau ou la race (total Europe : 13,6%) : particulièrement prononcé en France et en Grande Bretagne, Espagne, Portugal, mais moins en Italie, Allemagne et Finlande.</p>
<p>Par rapport au genre, les femmes sont plus exposées aux discriminations ayant des</p>	<p>Discrimination associée au genre (total Europe : 10,7 %) : concerne plutôt les pays du nord et de</p>

conséquences sur leur vie.	l'ouest européen ; prononcée en Suède (28 %) et en République Tchèque (22 %).
L'âge et la situation familiale : les individus qui déclarent avoir subi des attitudes ou des traitements négatifs ayant eu des conséquences sur leur vie ont plutôt entre 26-45 ans et sont plus souvent célibataires ou divorcé(e)s.	Discrimination associée à l'âge (total Europe : 10,4%) : peu de sentiment de discrimination associé à l'âge en France et en Italie. En revanche, cette discrimination est davantage ressentie au Royaume-Uni, Irlande, en République Tchèque.
Les personnes qui ont le sentiment d'être malades ou handicapées ont aussi plus de risque de subir des discriminations (respectivement 37% et 34%).	
Le type d'habitation (maison <i>versus</i> immeubles) et la zone d'habitation (zone sensible ou non) sont des facteurs engendrant des discriminations. Les individus vivant en habitat collectif ont 60% de risques supplémentaires que des personnes vivant en maison. En revanche, la zone d'habitat semble avoir moins d'influence (odds ratio = 1.26).	
	Discrimination associée à la langue (total Europe : 6,4%) : surtout présente dans les pays germanophones : Allemagne et Autriche, et dans une moindre mesure en Espagne.
	Discrimination associée à la religion (total Europe : 15,1%) : en France, Italie, Grèce et Portugal..., également, mais dans une moindre mesure, dans les pays du Nord de l'Europe : Royaume-Uni, Belgique, Norvège.

On le voit dans le tableau, les origines familiales pèsent lourdement sur le « risque de discrimination »³⁰. Au total, mais est-ce bien surprenant, il s'avère que les personnes qui vivent le moins de discriminations sont d'origine française. A l'inverse, les immigré(e)s déclarent subir des traitements injustes, alors que les personnes issues de l'immigration ou nées à l'étranger et qui ne connaissent pas le pays d'origine de leurs parents, sont plus exposées aux refus de droits.

Dans l'étude proposée par Elisabeth Algava et Maryline Bèque, nous retrouvons d'autres résultats pouvant être comparés à ceux-ci. En ce qui concerne la langue, par exemple, les auteurs soulignent que « la façon de parler est également mentionnée par 10% des personnes immigrées et 8% de la seconde génération contre 5% de la population générale », alors que « la couleur de peau est citée comme motif de traitement négatif par 9% de la première comme de la seconde génération, contre 3% de l'ensemble de la population » (Algava, Bèque 2004 : 7). Ceci dit, à la simple vue de nos seuls résultats, la comparaison avec les données de l'ESS fait apparaître plusieurs facteurs d'exposition au risque de discrimination pouvant être considérés comme *universels*. Il en va ainsi, notamment, de l'origine, du genre et de l'âge, qui sont d'ailleurs pris en compte dans l'évolution législative et par les politiques de lutte contre les discriminations. Toutefois, la supposée universalité des motifs de discrimination doit être analysée avec nuance, tant les explications renvoient à de multiples dimensions sociales, politiques, historiques propres à chaque pays. On ne peut en effet comprendre ces motifs à l'échelle d'un pays ou de l'Europe, sans tenir compte de la diversité et de l'évolution des contextes. A titre d'exemple, il est possible que l'importance des discriminations liées au genre et à l'âge dans les pays d'Europe du nord mérite d'être étudiée au regard des réformes touchant aux systèmes de protection sociale. Ces systèmes, jusque-là très avantageux, sont soumis à des changements qui créent en particulier des tensions entre générations (Math 2003).

L'analyse produite ici n'apporte pas véritablement d'éléments nouveaux par rapport notamment aux travaux complets d'Elisabeth Algava et Maryline Bèque, sauf ceux de l'enquête complémentaire. Comme beaucoup d'autres, elle confirme l'évidence selon laquelle certaines populations sont davantage sujettes à des comportements négatifs. En revanche les résultats suivants sur les refus de droits et les traitements injustes apportent des précisions intéressantes sur les groupes plus particulièrement vulnérables à ces situations défavorables qui varient selon les circonstances.

³⁰A partir des variables sur l'origine des parents (RN_ORPA), le lieu de naissance (France/étranger), génération d'immigration et origine du conjoint, la réalisation d'une analyse factorielle des correspondances a permis d'établir une classification en 4 catégories (les 3 premiers axes ont été retenus : 66% de l'inertie totale). Les variables de nationalité, pays d'origine, ont été conservées pour illustrer ces classes.

3.2. Les motifs et circonstances des « refus de droits » et des « traitements injustes »

(cf. *Annexe n°2*)

D'une façon générale, les principaux motifs de discrimination concernent le physique (poids ou taille) des personnes (24% des cas) mais aussi leur nom et leur prénom (pour 20%). En revanche, d'autres motifs possibles paraissent plus secondaires. C'est le cas de la situation professionnelle (qui arrive en cinquième position avec 12,2% des cas), suivie par la région ou le pays d'origine (12%).

En même temps, les motifs de discrimination ne sont pas les mêmes selon les situations engendrées. Les situations de moqueries/insultes ont pour cause principale le nom, la physionomie (mais le poids et la taille, bien avant la couleur de peau), l'apparence (le look), mais aussi la façon de s'exprimer, les origines et les lieux d'origine ou de résidence, en bref par tout ce qui représente des formes d'altérité immédiatement perceptibles. En revanche, les situations de traitements injustes ou de refus de droits sont liées au genre et à l'âge dans plus de 50% des cas, ce qui n'est pas étonnant si l'on considère qu'il s'agit aussi de deux critères essentiels dans l'accès à la plupart des droits sociaux. La couleur de la peau et la situation professionnelle sont également des motifs non négligeables de discrimination, tant pour les refus de droits (respectivement 16,8% et 13,5%) que pour les traitements injustes (25,4%, 24%).

Dans la mesure où ces différentes situations ne concernent pas les personnes au même moment de leur vie (par exemple, les moqueries et insultes sont plutôt fréquentes à l'école), ni dans des circonstances analogues (les mises à l'écart apparaissent plutôt dans la famille, les traitements injustes plutôt sur des lieux de vie, les refus de droits plutôt dans des relations administratives), il est important de les resituer aussi dans leurs circonstances particulières pour identifier dans chaque cas les groupes les plus particulièrement touchés.

3.2.1. Un bilan sociodémographique

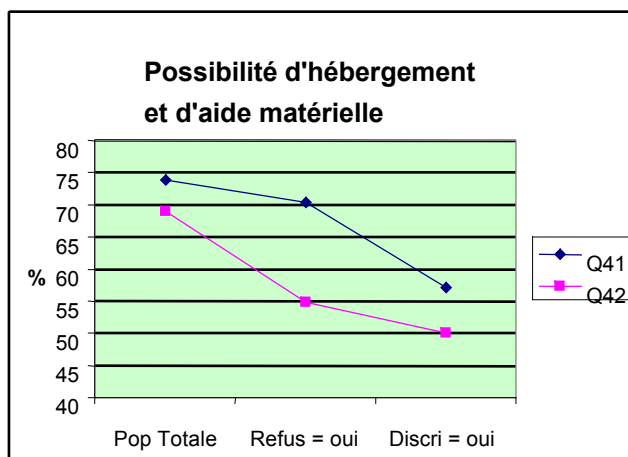
Nous venons d'indiquer l'importance du genre parmi les motifs de discrimination. Sur ce plan, il faut retenir que les hommes sont plus affectés par des refus de droits et des traitements injustes, alors que les femmes subissent d'abord des mises à l'écart liées à leur situation familiale. Les statistiques abruptes confirment une nouvelle fois une observation bien connue, récemment rappelé par Véronique Mougin qui, à l'appui de nombreux témoignages, a montré comment la

désaffiliation³¹ accroît les difficultés des femmes, seules ou mères isolées, dans la recherche d'un emploi, d'un logement, ou dans l'accès à la santé, à l'éducation et aux droits sociaux en général (Mougin 2005).

Outre le genre, d'autres facteurs entrent évidemment en ligne de compte, comme le niveau d'études. Les refus de droits sont le plus souvent vécus par les 36-45 ans et les 56-65 ans, généralement des hommes, des ouvriers et des personnes ayant un niveau scolaire de 1^{er} ou de 2^{ème} cycle général. Ce résultat est confirmé par l'enquête complémentaire. Alors que le public du PIMMS rencontré est plutôt féminin (55,2%), composé d'adultes (65,8% entre 26 et 59 ans), généralement diplômé (50% avec le Bac ou +, contre 25,2% sans aucun diplôme), le groupe déclarant avoir subi un ou plusieurs refus de droits est plutôt masculin (54,7%) et est composé de personnes un peu plus âgées, puisque 48,4% ont entre 40 et 59 ans. Il s'agit également de personnes moins diplômées (39,7% sont diplômées du secondaire ou du supérieur, contre 50% dans l'ensemble de la population enquêtée, tandis que la proportion de sans diplômes est identique : 25,4% contre 25,2% dans la population globale). Surtout, l'enquête complémentaire indique que ce groupe (plutôt masculin, répétons-le) est moins protégé par des solidarités immédiates. En particulier, en cas de difficultés financières, les enquêtés concernés ne sont plus que 54,7% à pouvoir compter sur une aide matérielle, contre 68,9% dans le total de population enquêtée. Disposant de moins de ressources sociales (formation et relations personnelles), ce groupe paraît donc plus vulnérable aux refus de droits dans leurs relations aux administrations ou organismes et services sociaux. Il l'est davantage encore, nous l'avons dit, lorsque les personnes ont le sentiment d'avoir subi une discrimination lors d'un refus de droits.

**Graphique n°3 : Soutien relationnel,
comparaison selon l'exposition aux refus de
droits et le sentiment
de discrimination**

³¹ Dans le cadre des débats sur la pauvreté et l'exclusion, cette notion désigne une forme particulière de dissociation du lien social. Une personne désaffiliée occupe une place subalterne ou aucune (chômage) dans la division sociale du travail et participe très peu (voire pas du tout) aux réseaux de sociabilité et aux systèmes de protection sociale. En schématisant : la désaffiliation conjugue absence de travail et isolement social, la vulnérabilité associe précarité du travail et fragilité relationnelle, l'intégration signifie que l'on dispose des garanties d'un travail permanent et que l'on peut mobiliser des supports relationnels solides.



Q41 : « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes qui peuvent vous héberger quelques jours ? ».

Q42 : « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes qui peuvent vous apporter une aide matérielle ? ».

Les circonstances agissent également. Dans l'enquête de l'INSEE, les refus de droits vécus lors d'une relation avec une administration sont plutôt le fait des 36-45 ans et des 56 ans et plus, principalement des hommes. Au niveau des professions et des formations, on retrouve plutôt des artisans, des professions intermédiaires et des inactifs, et en général, des personnes qui ont souvent un niveau scolaire faible ou bien une formation technique. Ces résultats corroborent les observations qualitatives produites par la littérature sur « les relations de service dans le secteur public », qui montrent les difficultés de ces catégories sociales à appliquer les codes nécessaires au « bon déroulement » des échanges avec les administrations et les services publics (Warin 1993 ; Dubois 1999 ; Weller 1999). Les difficultés pour s'adapter au langage et aux procédures, mais aussi certains préjugés véhiculés sur l'administration et les fonctionnaires, font que les relations administratives deviennent de véritables épreuves. C'est ce qui ressort également de l'enquête complémentaire. La qualité de l'accueil au PIMMS avec notamment la possibilité – bien rare – de pouvoir échanger dans sa langue maternelle et d'être aidé et soutenu dans des démarches administratives, vient en tête des réponses en faveur de ce type de structure (23,4% des réponses après classification thématique de la question ouverte³²). Une relation existe même entre la fréquence des venues au PIMMS et les raisons de s'y rendre³³. Certes, la proximité peut expliquer la fréquence élevée des visites (ce qui signifierait que le PIMMS, par sa localisation, fidélise une partie de son public), mais surtout, la médiation sociale (notamment

³² Réponse à la question ouverte : « Quel est pour vous, en 2 mots, le principal intérêt du Pimms ? ».

³³ La dépendance est très significative : $\chi^2 = 28,74$, ddl = 10, 1-p = 99,86%.

perçue à travers la possibilité d'échanger avec quelqu'un et l'écoute reçue) est, parmi les trois fonctions du PIMMS, celle qui suscite la fréquence de visites la plus élevée.

Tableau n°2 : La fréquentation du PIMMS en fonction des raisons des visites

Raisons	Fréquentation		
	Fréquemment	Peu fréquemment	1 ^{ère} fois
Multiservice	221	162	8
Médiation sociale	132	52	4
Proximité	93	47	2
Autre*	26	28	2

Q3 (raisons) : « Pourquoi venez-vous au Pimms ? ».

Q1 (fréquentation) : « Venez-vous souvent au Pimms ? ».

P=1.0% ; chi2=16.85 ; ddl=6 (TS).

Lecture : les couples de modalités soulignés en gras sont sur-représentés, ceux qui sont soulignés en clair sont sous-représentés.

Ce résultat est conforté par les données obtenues pour le score EPICES, puisque les personnes classées dans les quintiles des précaires et des très précaires représentent 71% des personnes venant fréquemment au PIMMS et moins de 65% de celles qui le fréquentent peu (dans la totalité de l'enquête, 68% des personnes sont classées précaires ou très précaires selon le score EPICES). Surtout, les non précaires EPICES sont surreprésentés parmi celles venant au PIMMS pour sa fonction multiservices, alors qu'à l'inverse les personnes précaires EPICES sont sous-représentées dans l'usage des commodités proposées.

L'enquête de l'INSEE indique aussi que les 36-45 ans comme les 66 ans et plus paraissent les plus exposés aux situations de refus de droits dans la recherche d'emploi et lors de relations avec des administrations, de traitements injustes sur les lieux de travail et de mises à l'écart en général. Ce résultat interroge sur la possible vulnérabilité des classes d'âge qui ont à assumer soit une période de « pleines charges » (sur le plan professionnel, familial, financier), soit un changement de statut lié à la fin de leur période d'activité. C'est bien ce que fait apparaître entre autres choses le débat actuel sur le cumul des précarités (Rigaudiat 2005) et la vulnérabilité plus grande de certaines classes d'âge. A cet égard, il faut également noter que les refus de droits vécus lors de la recherche d'un emploi sont plus fréquents pour les 26-45 ans, les hommes, les cadres supérieurs, les ouvriers et les personnes ayant suivi un cursus scolaire dans l'enseignement supérieur.

3.2.2. Un bilan biographique

L'une des richesses de l'enquête de l'INSEE est de questionner la biographie des personnes sur plusieurs plans, par rapport à leur enfance et adolescence, à leur vie d'adultes, aux lieux de vie, à leur vie professionnelle. Ces différentes variables biographiques jouent un rôle dans l'exposition des personnes à des comportements négatifs. Sur ce plan, plusieurs observations se dégagent.

L'influence du passé et des aléas familiaux :

Les refus de droits concernent le plus souvent des enquêté(e)s qui déclarent avoir traversé de mauvaises périodes, ou des moments difficiles sur le plan financier. Ce sont souvent des personnes dont au moins un des parents est né à l'étranger, et ne parlaient pas le français. Ces personnes ont également ont quitté assez tard le foyer parental (après 26 ans).

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles les refus de droits ont lieu, un profil type des personnes discriminées se dégage des biographies de l'enfance et de l'adolescence. Il s'agit généralement de personnes issues de couches populaires, souvent d'origine étrangère, ayant rencontré diverses difficultés dans leur jeunesse et au sein de leur famille. A travers ces quelques traits, on retrouve certains indices qui sont généralement pris en compte pour identifier les dimensions sociales et culturelles des inégalités sociales en plus des dimensions matérielles ou financières (Pfefferkorn 2000) et pour expliquer les conditions d'une « pauvreté disqualifiante » souvent transmise d'une génération à l'autre (Paugam 2005). Autrement dit, les refus de droits rencontrés dans différentes circonstances s'inscrivent d'une certaine façon dans le prolongement des inégalités sociales qui marquent dès le jeune âge les trajectoires de vie des individus.

Les refus de droits lors de la recherche d'un emploi sont plus fréquents chez les personnes dont les deux parents sont nés à l'étranger. Or c'est dans ce groupe que l'on trouve le plus d'individus dont les parents ne parlaient pas le français ou ne travaillaient pas. Ils sont en même temps plus fréquents chez les divorcé(e)s ou les femmes seules avec enfant(s) et peu diplômées. Une nouvelle fois on peut constater que les difficultés d'accès à l'emploi porte sur ces groupes, du fait de l'origine, du genre et des situations familiales. Tenant compte ici d'évolutions économiques générales, on peut se demander si ces groupes ne seront pas encore plus désavantagés à l'avenir à cause de la précarisation croissante des emplois induite par la flexibilité du travail.

Pour les refus de droits lors de relations avec l'administration ou avec des organismes sociaux on retrouve les mêmes profils. La seule différence vient du fait que les personnes concernées semblent avoir eu des enfances plutôt chaotiques (certaines ont vécu plusieurs situations familiales, d'autres ont parfois séjourné dans des institutions spécialisées). Ces refus concernent surtout des adultes mariés ou divorcés, ayant souvent trois enfants et plus, et qui, du fait de leur situation familiale, peuvent présenter des situations complexes pour les

administrations ou les organismes sociaux. D'autres enquêtes ont montré comment les situations personnelles compliquent l'accès aux droits et les cheminements administratifs (par exemple, l'enquête TMO menée à l'été 2000 pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social : Avenel 2002).

Le poids des origines :

Les refus de droits sont plus souvent subis par des personnes nées à l'étranger ou issues de l'immigration, alors que leurs parents sont davantage marqués par les traitements injustes. Les couples mixtes ou les couples étrangers déclarent également se trouver plus fréquemment dans ce type de situations.

Selon les circonstances, les résultats varient. Les refus de droits lors de la recherche d'un emploi sont plus fréquents chez les personnes immigrées ou issues de l'immigration, le plus souvent originaires du Maghreb, de Turquie ou encore d'Afrique noire. C'est le cas également des couples dont l'un des conjoints est né à l'étranger. Les refus de droits vécus lors d'une relation avec une administration touchent d'abord les personnes nées à l'étranger, essentiellement de la première génération, et plus précisément encore les personnes originaires du Maghreb et les couples dont les deux conjoints sont étrangers. Dans l'enquête complémentaire, l'origine sociale est la cause principale de la discrimination ressentie par les personnes ayant subi un ou plusieurs refus. Lorsque l'on interroge ces personnes sur le motif du préjugé intolérant ressenti, 65,8% de leurs réponses concernent directement leur apparence physique, leur lieu de résidence, leur patronyme et leur façon de parler, alors que ni leur âge, ni leur tenue vestimentaire, ni leur genre ne semblent avoir compté³⁴.

La comparaison entre générations indique une différence ou une évolution dans les discriminations subies. Si la première génération d'immigrés est à la fois mise à l'écart et sujette à des traitements injustes et à des refus de droits en particulier dans les rapports aux administrations, les personnes issues de l'immigration, pour l'essentiel nées en France, déclarent subir des comportements négatifs principalement dans la recherche d'emploi. Rien ne dit, loin s'en faut, que les plus jeunes soient à l'abri des discriminations vécues par leurs aînés. On peut seulement supposer qu'ils sont surtout sensibles aux refus subis lors de la recherche d'emploi, étant donné les conséquences immédiates de cette situation sur leur besoin légitime d'autonomie, d'émancipation et d'intégration, et tout simplement d'avenir.

L'enquête de l'INSEE montre aussi que ces conséquences sont plus fortes pour les chômeurs et les personnes à la recherche d'un emploi, ou entre périodes de chômage. Les discriminations subies lors de la recherche d'un emploi ont pour effet

³⁴ Réponse à la question : « Si vous avez ressenti une discrimination, c'est par rapport à quoi ? » (Votre sexe - Votre âge - Votre nom - Votre apparence physique - Votre lieu de résidence - Votre apparence vestimentaire - Votre façon de vous exprimer - Autre).

de saper les efforts pour (re)trouver du travail, même si d'autres facteurs entrent en ligne de compte comme par exemple le manque d'intérêt pour les dispositifs d'insertion, qui provoque bien souvent, surtout pour les plus jeunes, un non recours aux dispositifs proposés (Chauveaud, Revil 2005). Comme le montrent d'autres études, on assiste à des situations suggérant l'existence d'un *non recours héréditaire*, comme il est de nouveau question de *pauvreté héréditaire*³⁵, du fait de la répétition des situations de refus et par là même d'échecs d'une génération à l'autre (Warin 2007). Ceci peut conduire vers des logiques de repli identitaire et vers le communautarisme ethnique comme solutions sociales aux problèmes d'exclusion « hors le champ d'applicabilité de la loi », ce qui est déjà observé en Allemagne (Strobl 2004). Une réflexion peut s'ouvrir ici sur la confiance dans les institutions républicaines et sur le climat social qui favorise l'apparition d'un sentiment d'injustice sociale, vécu comme un désenchantement.

Une stigmatisation liée aux lieux de vie :

Parmi les variables relatives aux lieux de vie, la seule qui ait une incidence correspond aux périodes vécues en grand ensemble. En effet, les personnes qui déclarent avoir subi des attitudes ou traitements négatifs, avec ou sans conséquences, ont généralement vécu au moins une période de leur vie en grand ensemble. Ce constat rejoint l'observation souvent répétée selon laquelle le lieu de résidence (et parfois d'assignation à résidence, lorsque les personnes sont captives de leur quartier) peut être cause de stigmatisation. Si aucune liaison significative n'apparaît dans l'enquête INSEE entre le vécu en grand ensemble et l'exposition à des situations de refus de droits, des travaux récents continuent de montrer les difficultés particulières rencontrées par les habitants des quartiers populaires pour accéder à leurs droits (Sibot 2006). L'enquête réalisée auprès du public d'un PIMMS alimente cette observation générale puisque les personnes rencontrées résident majoritairement (à 82,6%) dans le quartier d'habitat social où est implantée cette structure et sont largement captives de celui-ci (au cours des 12 derniers mois, 57,5% sont parties en vacances, 53,2% ont fait du sport et 47,1% ont assisté à un spectacle), alors que plus de 70% déclarent des problèmes financiers et 20% avoir subi un ou plusieurs refus de droits.

³⁵ Des travaux récents sur la pauvreté ou la précarité (Rigaudiat 2005 ; Paugam 2005 ; Blanden, Gibbons 2006) renvoient explicitement au célèbre rapport de Michael Harrington sur la pauvreté aux États-Unis, dans lequel il est question de *pauvreté héréditaire (hereditary poverty)* (Harrington 1962). La pauvreté héréditaire est celle qui persiste de génération en génération au sein d'une même famille. Dans un fameux rapport qui sert de plateforme aux politiques sociales sous l'ère Kennedy, l'américain Samuel Harrington parle de *hereditary underclass* après avoir observé le non recours persistant aux aides sociales au sein des communautés noires de plusieurs grandes métropoles. D'une génération à l'autre, l'exclusion sociale semble se transmettre et se reproduire. En France, Robert Castel (1995) renvoie cette situation aux individus et familles les moins qualifiés qui, durablement piégés dans des situations de chômage ou de travail précaire, sont menacés d'être lâchés par l'aide sociale. Pierre Bourdieu (1993) ajoute l'incertitude totale à l'égard du futur et parle d'*effet du destin* pour souligner les échecs répétés qui poussent des personnes à abandonner leurs droits et à renoncer à leurs projets pour toujours.

L'effet de l'état de santé :

Les personnes déclarant avoir subi des refus de droits lors de relations administratives ou des traitements injustes dans le travail ont souvent une perception négative de leur état de santé. Vulnérables aux discriminations de la vie quotidienne, elles le sont également sur le plan de la santé et de leur capacité physique. Il se peut dans ce cas que les discriminations ressenties soient perçues et vécues comme des quasi-agressions physiques.

Des travaux portant sur les relations entre précarité sociale et inégalités de santé ont déjà signalé la propension des personnes fragiles sur le plan professionnel et familial à être en mauvais état de santé (observé mais aussi perçu) (par exemple : Mesrine 2000). Certains ont établi un lien avec la faible combativité des personnes face aux difficultés sociales et à leurs problèmes de santé, subissant l'adversité et se repliant sur elles-mêmes (Leclerc *et al.* 2000 ; Chauvin, Parizot 2005). Cet enchaînement de situations et de comportements en dit long sur la dureté des rapports sociaux concernant les personnes physiquement affaiblies ou handicapées, et plus généralement sur ces souffrances qui nourrissent les formes de la « petite misère » (Paugam, 2005 : 183-184). Des travaux sur le non recours dans le domaine de la santé montrent également combien les personnes en situation précaire qui renoncent aux soins ont souvent une perception négative de leur état de santé³⁶.

Ceci dit, l'enquête complémentaire apporte ici un résultat un peu différent, puisqu'à la question à réponses multiples portant sur les situations qui exposent le plus les personnes à des refus, 52,8% des citations (sur la totalité des enquêtés³⁷) renvoient à la mauvaise maîtrise de la langue, à l'origine étrangère, au fait d'habiter certains quartiers, à une apparence physique particulière (ce que l'on retrouve dans l'enquête de l'INSEE), mais très peu au fait de vivre seul(e) ou d'élever seul(e) ses enfants (contrairement au résultat donné plus haut), ou de ne pas être en bonne santé ou être handicapé(e)³⁸. Ces différences dues probablement aux spécificités de notre échantillon local, n'enlève rien au fait, avéré dans l'une et l'autre des deux enquêtes, que certains marqueurs sociaux ont un impact plus fort que d'autres, ce

³⁶ Par exemple : Warin P. *et al.* « Le non recours aux soins des actifs précaires ». Recherche pour l'Agence nationale de la recherche (ANR). En cours.

³⁷ Mais la proportion reste à peu près la même selon que les personnes déclarent avoir subi un refus (52.6%) ou pas (53.3%).

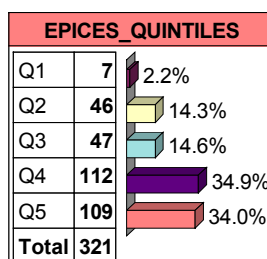
³⁸ Réponse à la question: « A votre avis, et d'une façon générale, y a-t-il des situations qui exposent plus les gens à des refus ? » (Etre une femme ou un homme – Vivre seul(e) – Elever seul(e) un/des enfant(s) – Ne pas être en bonne santé ou être handicapé(e) – Etre au chômage – Etre hébergé(e) en foyers – Ne pas vivre dans un logement décent – Ne pas bien maîtriser la langue – Etre d'origine étrangère – Habiter certains quartiers – Avoir une apparence physique particulière – Non).

qui en l'occurrence a de quoi inquiéter sur notre capacité collective à atteindre l'objectif d'égalité des chances dans l'accès aux droits largement mis en avant aujourd'hui dans les politiques sociales.

Les revenus, une variable à questionner :

Le traitement statistique de l'enquête de l'INSEE n'apporte pas ici de résultats significatifs. Aucune liaison n'apparaît entre les situations subies et le niveau des revenus. Pourtant, l'enquête complémentaire réalisée auprès du public du PIMMS indique une relation possible, qui mériterait d'être confirmée. Sur le plan social, une majorité des enquêtés reconnaît vivre avec des difficultés financières chroniques (53,2%). Au-delà, l'évaluation du score de précarité EPICES indique que 68% des enquêtés se trouvent au-dessus du seuil de précarité. Ils se partagent pour moitié entre le 4^e (précaires) et le 5^e quintiles (très précaires).

Graphique n°4 : Précarité de la population enquêtée au PIMMS



Lecture : 34,9% et 34% des personnes enquêtées au PIMMS sont précaires et très précaires (Score EPICES).

Si les hommes sont un peu plus nombreux dans les quintiles des non précaires, c'est le cas des femmes dans les quintiles des précaires. De même, les personnes précaires et très précaires sont plus âgées que les non précaires. Surtout, 78% des précaires et très précaires du score EPICES déclarent avoir subi un ou plusieurs refus de droits (contre 68% pour le total de la population enquêtée au PIMMS).

Le graphe des relations établi autour de la variable « refus de droits » indique en même temps une relation de dépendance très significative avec la présence de difficultés financières chroniques. Le couple de modalités [refus/ difficultés] est surreprésenté. Cela n'indique pas nécessairement une relation de causalité, mais

simplement le fait que lorsqu'on a affaire à du refus, on observe plus souvent la présence de difficultés financières (et inversement).

Tableau n°3 : Dépendance entre exposition aux refus de droits et difficultés financières

Refus	Difficultés		
	Oui	Non	Non réponse
Non	112	127	1
Oui	47	<u>16</u>	1
Encore faut-il connaître ses droits ?	14	5	0

Q9 (Refus) : « Vous est-il arrivé, d'une façon générale, que l'on vous refuse un droit, un service ou une aide alors que vous y aviez droit ? ».

Q36 (Difficultés) : « Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des réelles difficultés pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? ».

$P < 0.1\%$; $\chi^2 = 19.75$; $ddl = 4$ (TS).

Lecture : les couples de modalités soulignés en gras sont surreprésentés, celui qui est souligné en clair est sous-représenté.

La présence d'un lien entre difficultés financières chroniques et refus de droits pose évidemment une question forte sur l'effectivité des dispositifs de protection des plus défavorisés. Au vu de ces seuls éléments aucune conclusion ne peut être tirée. Il ne faut surtout pas s'engouffrer dans une critique hâtive des dispositifs d'aide, sans avoir au préalable pris en compte finement la réalité des refus déclarés, en particulier au regard de leur légitimité ou de leur illégitimité. Si les personnes concernées sont effectivement éligibles à ces dispositifs (qui peuvent être ou non sous condition de ressources ou autres), les refus sont des actes administratifs illégitimes et hors le droit. Dans le cas contraire où la personne, même dans le besoin, n'entre pas dans les critères conditionnant l'accès à un dispositif, le refus se justifie et l'effectivité du dispositif ne peut pas être mise en cause.

La question de la légitimité ou non des refus de droits est bien entendu centrale pour la discussion sur le non recours. Nous choisissons de l'évoquer dans ce passage sur les revenus, car on sait que les refus de droits (notamment sociaux) ont souvent des conséquences financières importantes pour les personnes, mais qu'il arrive aussi que certaines se sentent victimes de refus (et parfois même de discriminations) alors qu'elles ne sont pas éligibles notamment du fait de revenus juste au-dessus de seuils fixés. Dans toutes les enquêtes qui se fondent sur du déclaratif (comme ici), on ne peut pas mesurer la légitimité des refus déclarés. Cela pose une sérieuse limite dans l'analyse des données fournies aussi bien par l'INSEE que par l'ODENORE. Sans vouloir échafauder ici d'hypothèse sur la 'plutôt non éligibilité' des personnes et donc sur la 'plutôt légitimité' des refus subis, au regard des caractéristiques de la population rencontrée au PIMMS (essentiellement des

employés, parfois sans activité, mais souvent avec des difficultés financières chroniques) qui s'approche en quelque sorte du profil type des « travailleurs pauvres », nous ferons simplement la remarque méthodologique suivante. Le caractère discriminatoire d'une situation de refus de droits ne doit pas être confondu avec son éventuelle illégitimité au regard des règles d'application de la prestation ou de l'aide sociale concernée. Si du fait d'un motif discriminatoire avéré une situation de refus de droits peut être jugée illégale et punie au regard de la loi générale, cette situation peut en même temps être légitime du point de vue administratif si la personne n'est pas éligible. Autrement dit, l'étude ne peut pas d'un même tenant juger sur ces deux plans de l'illégalité des refus de droits. Pour cela, il faut disposer de données autres que déclaratives.

3.3. Des conséquences en termes de renoncements

(cf. Annexe n° 5)

L'une des conséquences probables des refus de droits est que les personnes concernées rencontrent des empêchements ou renoncent à des projets. Ces éventualités sont prises en compte dans le questionnaire de l'INSEE. Cependant, les questions correspondantes ne sont pas renseignées, ou les réponses ne sont pas disponibles. Du coup, contrairement à ce qui était prévu, nous n'avons pas la possibilité de connaître les effets durables des situations engendrées par des préjugés intolérants, surtout par des refus de droits et traitements injustes lors de relations avec une administration ou à l'occasion d'une recherche de logement ou d'emploi. Ces effets restent de l'ordre de l'hypothèse dans cette analyse statistique de l'enquête de l'INSEE.

Les mesures dont nous disposons proviennent de l'enquête complémentaire. A ce niveau, nous avons vu que le risque de subir des refus et d'éprouver dans ce cas un sentiment de discrimination grandit en même temps que les ressources sociales des personnes (formation et relations personnelles) diminuent. L'effet du cumul des précarités matérielles et sociales sur les difficultés d'accéder aux droits et aux services est ainsi vérifié. L'une des questions est alors de savoir si on assiste du coup à un phénomène de *repli sur soi*, dans la mesure où les refus de droits peuvent avoir pour conséquence un retrait par rapport à l'offre publique, lui-même vecteur de désocialisation.

Sur ce plan, l'enquête auprès d'usagers du PIMMS, calée sur celle de l'INSEE pour les aspects relatifs à la recherche de soutien et aux suites en termes de

renoncements, apporte des éléments de réponse plutôt préoccupants³⁹. En premier lieu il apparaît qu'un tiers des personnes ayant ressenti une discrimination à l'occasion d'un refus de droits (35,7%) n'a pas réagi. Les personnes dans ce cas considèrent en effet qu'il n'y a rien à faire contre cela. S'agit-il d'une minorité résignée ? On peut douter, car à questionner les deux tiers restant sur ce qu'ils ont fait, on s'aperçoit qu'il ne reste plus qu'une personne sur deux pour répondre clairement et dire qu'elle s'est plainte auprès du service concerné, ou a recherché l'aide d'un élu, d'un travailleur social, ou même du PIMMS.

Minorité ou plutôt majorité résignée, la question reste ouverte. Une chose, toutefois, paraît un peu plus certaine, il s'agit du caractère effectif de cette résignation. En effet, depuis leur expérience malheureuse de refus de droits ayant entraîné un sentiment de discrimination, de nombreux enquêtés ne cherchent même plus à obtenir le service ou l'aide en question (28,6%), certains hésitent à s'adresser à l'organisme pour d'autres demandes (10,7%) et autant ne s'occupent carrément plus de leurs droits. Dans les trois cas (représentant la moitié des personnes considérées) il y a *abandon*, et le comportement de non réaction qui transparait dans l'enquête indique bien la possibilité d'une résignation. Si l'on tient compte des acquis de la recherche sur ces questions, ces résultats, aussi limités soient-ils, montrent que les situations de refus de droits peuvent produire dans des proportions non négligeables des comportements de repli, parfois explicitement significatifs de non recours définitifs. L'importance sociale de telles conséquences est à mesurer sur le fond, au regard de ce que ces replis induisent comme montée en puissance d'un « individualisme négatif » nourri par l'épuisement des solidarités collectives⁴⁰. Dans ce cas, les renoncements observés signifieraient que les personnes considérées seraient au-delà du ressentiment qui agit comme ressort d'action et de réaction sociopolitique (Ansart 2002) et se trouveraient dans un état de frustration propice à tous les retraits (Haroche 2002).

4. DISCUSSION

Les résultats présentés ci-dessus permettent d'engager une discussion sur la manière d'interroger les relations entre discrimination et non recours. Pour l'introduire, revenons au principal croisement opéré entre les deux enquêtes, celle

³⁹ Réponses aux questions :

« Si vous avez ressenti une discrimination, avez-vous réagi ? » (Non, car : Cela n'a pas d'importance / Il n'y a rien à faire contre cela / Vous ne savez pas quoi faire - Oui, car : Cela n'est pas normal d'être traité ainsi / Si on ne se bat pas on n'a rien).

« Si vous avez réagi, comment ? » (En vous plaignant auprès du service concerné / En vous plaignant auprès d'un élu, d'un travailleur social / En demandant l'aide d'une association / En demandant l'aide du Pimms / Autre).

⁴⁰ Pour Robert Castel, l'*individualisme négatif* provient de l'épuisement du système de solidarité bâti autour du salariat et procède par « soustraction par rapport à l'encastrement des collectifs » (Castel, 1995).

de l'INSEE et l'enquête complémentaire réalisée pour les fins de cette recherche auprès de personnes fréquentant un Point Information Médiation MultiServices (PIMMS). Alors que l'enquête INSEE intègre un rapport de causalité entre préjugés intolérants et situations défavorables (des refus de droits, pour ce qui nous intéresse en priorité), l'enquête d'ODENORE au PIMMS ne suppose rien de tel *a priori* et pose simplement la question d'un possible sentiment de discrimination suite à des refus de droits. Partant de ces deux approches *inverses*, nous avons néanmoins constaté la faiblesse des effectifs considérés, aussi bien du côté des personnes placées dans des situations défavorables et discriminatoires du fait de préjugés (enquête INSEE), que du côté des personnes éprouvant un sentiment de discrimination après un refus de droits (l'enquête ODENORE). De plus, nous avons observé que les effectifs se réduisent encore en ce qui concerne les conséquences en termes de non recours (renoncements) engendrés par des situations de refus (ou autres pour l'enquête INSEE).

Sans reprendre ici les commentaires sur les caractéristiques des personnes concernées de part et d'autre, dont on a vu les grandes ressemblances quelle que soit l'enquête, ce constat confirme ce que nous disions au début, à la suite de Didier Fassin, sur la nécessité de développer une « analyse de cas ». En effet, des préjugés intolérants n'engendrent pas *ipso facto* des situations discriminatoires de refus de droits (c'est le cas pour seulement 14% des personnes déclarant avoir subi des conséquences suite à des comportements négatifs – voir Graphique n° 1 [enquête INSEE]), tandis que les situations de refus de droits ne sont pas *de facto* perçues comme discriminatoires (même si c'est le cas pour 47,5% des personnes déclarant avoir subi un ou des refus – voir Graphique n° 2 [enquête ODENORE]). Ce constat conduit à considérer que les refus de droits constituent par conséquent à une médiation imparfaite entre discrimination et non recours, au sens où les refus de droits ne signifient pas nécessairement, au départ des préjugés intolérants (cause), et à la sortie des renoncements (conséquence).

Si cette conclusion est juste, alors cette recherche débouche sur un résultat riche d'enseignement pour l'étude des relations entre discrimination et non recours. Un lien peut exister entre les deux, mais il ne paraît pas systématique. Les refus de droits ne constituent pas nécessairement l'expression d'une discrimination, ni systématiquement la source de renoncements (non recours). Pour autant, ils représentent une *expression factuelle et observable* utile pour l'étude des relations entre les deux. En d'autres termes, les refus de droits peuvent donner lieu avec intérêt à une analyse de cas systématique pour comprendre les fois où ils débouchent sur du non-recours engendré par des situations perçues comme discriminatoires.

La question qui se pose alors est celle de la manière d'interroger ces relations partant d'une étude des refus de droits. A cet égard, nous conviendrons de l'intérêt d'une enquête comme celle de l'INSEE qui a donné lieu à cette recherche. En effet, c'est grâce aux données relatives aux biographies des personnes que l'on perçoit le mieux qui est sujet à des refus de droits. En l'espèce, ce sont des groupes particuliers par leur origine, leur parcours de vie, leur genre et leur situation familiale qui subissent le plus de refus de droits dans des relations avec des administrations. Aussi, peut-on se demander si des enquêtes à venir (en espérant qu'une enquête aussi riche que celle de l'INSEE puisse être reproduite) n'auraient pas intérêt à aller plus loin encore, notamment en intégrant des échelles qui servent à mesurer l'influence du passé dans le vécu des situations de précarité mais aussi de vulnérabilité par rapport à des situations défavorables comme les refus de droits. Nous pensons précisément ici à l'adaptation française du *Zimbardo Time Perspective Inventory* due à des travaux récents en psychologie sociale (Fieulaine, Apostolidis, Olivetto, 2007). Ces outils reposent sur une méthodologie solide et sont applicables dans des enquêtes par questionnaires. Surtout, ils peuvent permettre d'aller plus loin dans la compréhension des facteurs personnels liés aux biographies, qui entrent probablement en ligne de compte dans la sensibilité des personnes aux préjugés et dans leur attitude de renoncement ou de repli. En particulier, en intégrant la question de la perspective temporelle qui pèse lourdement dans les représentations et les comportements des personnes (la littérature en psychologie sociale a depuis longtemps démontré ce lien), ces outils permettent également de tenir compte de troubles psychologiques (anxiété, dépression) liés aux situations individuelles, et vont au-delà des présupposés sur l'influence de l'état de santé (pris en compte dans l'enquête INSEE).

En même temps, on peut retenir de l'enquête ODENORE l'intérêt d'utiliser des échelles de mesure de la précarité (comme le Score EPICES). Ces autres outils offrent la possibilité d'intégrer la problématique du *capital social*⁴¹ dont on sait toute l'importance dans l'exposition des individus aux discriminations mais aussi au non recours. On l'a vu ici, la propension des personnes à subir des refus de droits et à éprouver à cette occasion un sentiment de discriminations grandit lorsque la précarité (*versus* capital social et économique) est forte ou très forte. Ce résultat indique que des outils de mesure facilement applicables peuvent aider à repérer en quelque sorte la prévalence entre exposition au non recours et sensibilité à se percevoir discriminé. En d'autres termes, et sans rien n'enlever à l'intérêt d'une enquête de l'importance de celle de l'INSEE, on peut considérer l'intérêt de ces

⁴¹ Rappelons brièvement que le capital social doit son importance principalement aux recherches de Robert Putnam en sciences politiques, de James Coleman en sociologie scolaire et de Francis Fukuyama en histoire et en sociologie économiques, ainsi qu'au parrainage actif de la Banque mondiale. Pour la majorité des auteurs, il se définit en termes de réseaux, de normes et de confiance, et par la façon dont ceux-ci permettent aux individus et aux institutions d'atteindre plus facilement des objectifs communs.

échelles de mesure pour estimer la probabilité pour qu'une personne soit exposée aux discriminations et au non recours, dès lors notamment que la lutte contre les discriminations sera rentrée effectivement dans les organisations où elles se produisent, et qui souvent les génèrent. Il pourrait être intéressant dans cette perspective, de creuser alors les trajectoires individuelles afin de mieux appréhender les raisons de ce ressenti sur certains marqueurs sociaux et de comprendre davantage ce qui empêche ou au contraire favorise les personnes à réagir, et avec quelles conséquences supplémentaires. Une nouvelle fois des éléments propres aux personnes mais aussi des facteurs extérieurs seraient à rechercher, en particulier en essayant d'intégrer là aussi (mais pas seulement) certains acquis de la psychologie sociale portant sur la théorie de l'identité sociale, l'interdépendance et l'intérêt personnel qui représentent des explications complémentaires de l'effet de discrimination (Perreault, Bourhis, 1998), sans oublier non plus de s'inspirer d'études étrangères récentes, de grande taille, sur le sentiment d'avoir été victime de discriminations (Bourhis *et al.* 2005).

5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Algava E., Bèque M. 2004. « Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires : des moqueries aux comportements racistes », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 290.

Algava E., Bèque M. 2006. « Perception et vécu des comportements intolérants. Une analyse du module 'Relations avec les autres' de l'enquête 'Histoire de vie' », *Economie et Statistiques*, n° 393-394, p.115-150.

Ansart P. (dir.) 2002. *Le Ressentiment*. Bruxelles : Bruylant.

Avenel M. 2002. « Les opinions des personnes en difficulté interrogées aux guichets d'organismes sociaux vis-à-vis des aides au logement », DREES, *Etudes et Résultats*, n°165.

Barou J. 2006. *Europe, terre d'immigration. Flux migratoires et intégration*. Grenoble, PUG.

Bèque M. 2005. « Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires par les personnes immigrées et issues de l'immigration », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 424.

Blanden J., Gibbons S. 2006. *The persistence of poverty across generations: A view from two British cohorts*. Bristol: The Policy Press.

Bourdieu P. 1993. *La misère du monde*. Paris : Le Seuil.

Bourhis R.-Y., Montreuil A. et D. Helly 2005. *Portrait de la discrimination au Québec: Enquête sur la diversité ethnique au Canada*. Texte et tiré-à-part n° 1, [Concordia-UQAM chair in ethnic studies](#). Montréal, Québec.

Castel R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.

Chauveaud C., Revil H. 2005. *Le non recours aux contrats d'insertion. Etude statistique (1). Résultat d'une enquête par questionnaires et par entretiens (2)*. ODENORE : <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/>

Chauvin P., Parizot I. (dir.) 2005. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : INSERM.

Daly M. 2002. Accès aux droits sociaux en Europe. Conseil de l'Europe : <http://www.coe.int>

Dubois V. 1999 (2003). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris : Économica.

Fassin D. 2002. « L'invention française de la discrimination ». *Revue française de science politique*, vol.52, n° 4, p. 403-423.

Fioulaine N., Apostolidis T. et Olivetto F. 2007. « Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, à paraître.

Haroche C. 2002. « Éléments d'une anthropologie politique du ressentiment Genèse des sentiments dans les processus de frustration et de refoulement », in P. Ansart (dir.), *Le Ressentiment*. Bruxelles : Bruylant, p. 57-71.

Harrington S. 1962. *The Other America. Poverty in United States*. New York: The Penguin Press.

Héran F., Aoudai M. et J.-L. Richard 2002. *Immigration, marché du travail, intégration*. Paris : La Documentation française.

Horan P.-M., Austin P.-L. 1974. « The Social Bases of Welfare Stigma », *Social Problems*, n° 21, p. 648-657.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. et T. Lang (dir.) 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.

Math A. 2000. « Protection sociale et inégalités : les débats européens », in MIRE, Réduire les inégalités. Quel rôle pour la protection sociale ?, p. 59-70.

Math A. 2003. « Cibler les prestations sociales et familiales en fonction des ressources. Eléments de comparaison européenne », Revue de l'IRES, n° 41, p. 3-57.

Médecins du Monde 2006. *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale Etat dans 10 villes de France*. Paris : Coordination Mission France.

Melvyn P. 2001. Obstacles à l'accès à la protection sociale. CDCS : <http://www.coe.int>

Mesrine A. 2000. « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Economie et Statistiques*, n° 334, p. 33-48.

Moffitt R. 1983. « An Economic Model of Welfare Stigma », *American Economic Review*, vol. 73 (5), p. 1023-1035.

Mougin V. 2005. *Femmes en galère, enquête sur celles qui vivent avec moins de 600€ par mois*. Paris : Editions de la Martinière.

Observatoire des discriminations 2006. Baromètre Adia. <http://cergors.univ-paris1.fr/docsatelecharger/Barometre2006resultats.pdf>

Palme J. 2002. « Les effets redistributifs de la protection sociale, une analyse comparative du modèle scandinave comme stratégie de lutte contre les inégalités », in Daniel C. Palier B. (dir.), *La protection sociale en Europe, le temps des réformes*. Paris : La Documentation française, p.55-71.

Paugam S. 2005. *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris : PUF.

Perreault S., Bourhis R.-Y. 1998. Social identification, Interdependance and Discrimination. *Group Processes and Intergroup Relations*, n° 1, p. 49-66.

Pfefferkorn R. 2000. « Proposition de définition des inégalités sociales », in Daniel C. et Le Clainche C. (coord.), *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation sociale*. Paris : DREES, Collection MIRE, p. 127-137.

Rigaudiat J. 2005. « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », *Droit social* n° 3, p. 243-261.

Sibot Y. 2006. *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*. Paris, Presses de Sciences Po.

Strobl R. 2004. « Situation des victimes, membres de minorités ethniques en Allemagne », in Bogalska-Martin E. (dir.), *Victimes du présent, victimes du passé. Vers la sociologie des victimes*. Paris, L'Harmattan, p. 38-39.

Taylor-Gooby P. 1976. « Rent Benefits and Tenants' Attitudes. The Batley Rent Rebate and Allowance Study », *Journal of Social Policy*, vol. 5 (1), p. 33-48.

Warin P. 1993. *Les usagers dans l'évaluation des politiques publiques*. Paris, L'Harmattan.

Warin P. 2007. *L'accès aux droits sociaux*. Grenoble : PUG.

Weller J.-M. 1999. *L'Etat au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*. Paris : Desclée de Brouwer.

6. ANNEXES

Annexe n° 1

Liste des questions sélectionnées – Dictionnaire des codes.

Annexe n° 2

Méthode suivie, Analyse factorielle et Classification, Etudes des liaisons.

Auteur : Nadine Mandran.

Annexe n° 3

Effectifs, lieux de naissance, lieux de résidence de la population interrogée.

Auteur : Sophie Louargant.

Annexe n° 4

Identification et caractérisation des populations discriminées par des refus de droits et des traitements injustes – Traitement statistique et analyse.

Auteur : Nadine Mandran.

Annexe n° 5

Résultats de l'enquête complémentaire.

Auteurs : Catherine Chauveaud, Philippe Warin.

L'ensemble des annexes est présenté dans un volume joint à ce rapport de recherche final.

Mesure et explication du non recours aux droits et aux services.

De la santé aux droits sociaux, développement d'un dispositif d'observation scientifique

Confidentiel

Rapport pour la Région Rhône-Alpes : Programme « Emergence ».

Analyse statistique de données sociales et création d'un outil de traitement informatisé de données individuelles

Confidentiel

Etude pour le Service d'Accueil Temporaire vers l'Insertion Sociale
(CCAS de Grenoble)

Cette étude a été réalisée par **Ke LI** et **Mei ZHANG**, étudiants de 2e Master
(« Applications informatiques ») – Université Pierre Mendès France.

Le non recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire des allocataires du RMI : mesure et analyse.

Etude dans une Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Cette étude a été réalisée par **Hélène REVIL**, étudiante de 2^e année de Master (« Evaluation des politiques publiques ») – IEP de Lyon.

Cette étude est incluse dans le **3^e Rapport d'évaluation de la CMU**, Fonds National CMU, février 2007.

Introduction

Mesure du non-recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire des allocataires du RMI

- ❖ Le non-recours des allocataires du RMI affiliés au régime 806
- ❖ Résultats du travail réalisé sur la requête « bénéficiaires affiliés au régime 806 sans CMU Complémentaire au 31 janvier 2006 »
- ❖ Le non-recours des allocataires du RMI affiliés au régime 101
- ❖ Résultats du travail réalisé sur les listings de la CAF « Y » de mars et avril 2006

Les assurés qui ne recourent pas à la CMU C : profils

- ❖ Age et structure familiale des allocataires du RMI dépendant de la CAF « Y »
- ❖ Profil et situation par rapport à la complémentaire des répondants
- ❖ Profil des hommes et des femmes sans complémentaire
- ❖ Des caractéristiques finalement très proches

Le non-recours à la CMU C, conséquence d'une information confuse et mal comprise par les bénéficiaires

- ❖ Quelle connaissance les assurés ont-ils de la CMU C et du lien avec le RMI?
- ❖ D'où provient l'information ?
- ❖ Une information partielle et souvent confuse
- ❖ Des incompréhensions liées à la nécessité d'exercer le choix d'un organisme gestionnaire
- ❖ Des difficultés en lien direct avec l'imprimé de choix Cerfa

Des pistes comportementales pour expliquer le non-recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire

- ❖ Un manque de moyen financier
- ❖ Des assurés qui n'ont pas besoin de soins
- ❖ Le non-recours, conséquence d'une négligence ou d'un désintérêt
- ❖ Un découragement ressenti par certains assurés

Conclusion

Introduction

Le rapport *Etat des lieux du non-recours à la Couverture Maladie Universelle des allocataires du RMI* a repris l'ensemble du travail réalisé à partir des bases de données et des requêtes de la CPAM « X », ainsi que des listings de la CAF « Y ». Un retour a notamment été fait sur la méthode que nous avons mise en œuvre pour tenter de quantifier le phénomène de non-recours, au sein des différents centres de paiement rattachés à la CPAM « X ».

Le présent rapport revient de manière plus synthétique sur les résultats du travail quantitatif et sur les taux de non-recours à la CMU C auxquels nous avons abouti après extraction des bénéficiaires qui ne correspondaient pas à la situation recherchée. Des estimations du non-recours à la CMU C des bénéficiaires du RMI affiliés aux régimes 806 et 101 seront ainsi présentées, dans une première partie.

Dans un second temps, les principaux résultats de l'enquête par questionnaires seront repris. Même si les effectifs sur lesquels nous avons travaillé sont relativement réduits, cette enquête auprès des bénéficiaires potentiels de la CMU C permet de dessiner des profils et amorce des pistes pour expliquer le non-recours, pas seulement à la CMU C, mais plus globalement le non-recours à une protection complémentaire en matière de santé.

Enfin, sur la base des entretiens téléphoniques réalisés auprès de 25 bénéficiaires du RMI sans complémentaire, nous reviendrons sur les explications de nature institutionnelle et comportementale qui nous semblent les plus pertinentes, dans le but de comprendre et d'explicitier en partie ce phénomène de décrochage de droit entre RMI et CMU C.

Mesure du non-recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire des allocataires du RMI

❖ Le non-recours des allocataires du RMI affiliés au régime 806

Dans un premier temps, nous allons présenter **les taux de non-recours à la CMU C pour les assurés (et leurs ayants droit) affiliés au régime 806, dans les bases de données de la CPAM « X », et possédant des droits au RMI ouverts par la CAF « Y »**. Le code 806 identifie dans les fichiers des CPAM les personnes dont le droit à l'assurance maladie est ouvert au titre du RMI. Les résultats seront présentés de manière globale, puis pour chaque centre de paiement.

!! Rappel de la méthode employée pour réaliser un état des lieux du non-recours à la CMU Complémentaire parmi les bénéficiaires du RMI, affiliés dans les fichiers de la CPAM, au régime 806 :

Travail réalisé à partir de la requête « *bénéficiaires affiliés au régime 806 sans CMU Complémentaire au 31 janvier 2006* ».)

2569 bénéficiaires (assurés et ayant droit) sont répertoriés, dans cette requête, comme étant sans CMU C. Il aurait été intéressant de comparer ce chiffre, au nombre total de bénéficiaires affiliés au régime 806 dans les fichiers de la CPAM « X ». Ce calcul nous aurait en effet permis de connaître le nombre de bénéficiaires 806 qui possèdent la CMU C.

Cependant, ne disposant que du nombre total **d'assurés affiliés au régime 806 et non du nombre de bénéficiaires**, il ne semble finalement pas pertinent de réaliser ce calcul.

1. Vérification de la situation des assurés 806 et de leurs ayants droit

► Utilisation de Progrès, de la Base Ressources des bénéficiaires de la CMU, du RNIAM, d'Image et de CAF PRO.

► Objectif : mettre en exergue les assurés qui correspondent au profil recherché, à savoir : assurés 806, dépendant de la caisse « X » et appartenant toujours au dispositif RMI.

2. Quelle est la situation de ces assurés et de leurs ayants droit par rapport à la complémentaire santé ? Ont – ils ou non une protection complémentaire en matière de santé ? Si oui, laquelle ? CMU C, autre complémentaire ?

► Objectifs :

- Avoir une idée du taux de non-recours à la CMU C des assurés affiliés au régime 806, dans chacun des centres de paiements rattachés à la CPAM « X ».
- Constituer un échantillon d'assurés 806 qui n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

❖ Résultats du travail réalisé sur la requête « bénéficiaires affiliés au régime 806 sans CMU Complémentaire au 31 janvier 2006 »

Après analyse des bases de données de la CPAM « X » et de la requête « *bénéficiaires affiliés au régime 806 sans CMU Complémentaire au 31 janvier 2006* », nous avons pu constituer un échantillon de 1099 bénéficiaires pour qui il était réellement intéressant de regarder s'ils avaient ou non fait valoir leur droit à la Couverture Maladie Complémentaire.

En effet, pour différentes raisons, les 1470 autres bénéficiaires ne correspondaient plus au profil recherché :

- La requête datant de janvier, certains bénéficiaires avaient été annulés des fichiers de la CPAM
- D'autres bénéficiaires dépendaient désormais d'une autre caisse (hors département)
- Certains n'avaient plus de droits RMI ouverts
- Une partie des bénéficiaires était connue sous plusieurs numéros (annulation de conjoint, enfants de parents séparés qui sont connus sous plusieurs numéros, enfants placés à l'ASE...).

Il était essentiel de procéder à ces vérifications. Travailler à partir de la requête de janvier sans l'actualiser aurait amené à calculer des taux de non-recours erronés. Etant donné que la population qui nous intéressait était celle des bénéficiaires du RMI, il était par exemple indispensable de regarder si les assurés percevaient toujours le RMI. De même, des enfants connus sous plusieurs numéros ou des personnes séparées apparaissaient dans cette requête comme « bénéficiaires sans complémentaire », alors que dans la plupart des cas ils possédaient une protection complémentaire sous un autre numéro.

Le système de requête ne permet pas d'extraire ces bénéficiaires. Seul une reprise individualisée des dossiers peut les mettre en lumière.

Parmi les 1099 bénéficiaires, 666 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

156 ont souscrit la CMU C et 277 possèdent une autre complémentaire.

61% n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

14% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

25% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « A » :

Sur 53 bénéficiaires, 32 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

8 ont souscrit la CMU C et 13 possèdent une autre complémentaire.

60% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

15% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

25% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C)

Pour le centre de paiement « B » :

Sur 73 bénéficiaires, 40 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

20 ont souscrit la CMU C et 13 possèdent une autre complémentaire.

56% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

15% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

25% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « C » :

Sur 65 bénéficiaires, 39 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

6 ont souscrit la CMU C et 20 possèdent une autre complémentaire.

60% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

9% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

31% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « D » :

Sur 51 bénéficiaires, 17 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

21 ont souscrit la CMU C et 13 possèdent une autre complémentaire.

33% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

41% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

26% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « E » :

Sur 35 bénéficiaires, 23 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

Aucun n'a souscrit la CMU C et 12 possèdent une autre complémentaire.

66% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

34% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « F » :

Sur 55 bénéficiaires, 45 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

3 ont souscrit la CMU C et 7 possèdent une autre complémentaire.

82% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

5% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

13% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « G » :

Sur 52 bénéficiaires, 24 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

11 ont souscrit la CMU C et 17 possèdent une autre complémentaire.

46% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

21% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

33% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « H » :

Sur 44 bénéficiaires, 26 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

4 ont souscrit la CMU C et 11 possèdent une autre complémentaire.

59% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

9% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

32% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « I » :

Sur 80 bénéficiaires, 42 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

6 ont souscrit la CMU C et 32 possèdent une autre complémentaire.

53% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

7% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

40% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « J » :

Sur 49 bénéficiaires, 34 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

8 ont souscrit la CMU C et 7 possèdent une autre complémentaire.

69% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

17% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

14% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « K » :

Sur 228 bénéficiaires, 157 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

39 ont souscrit la CMU C et 32 possèdent une autre complémentaire.

69% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

17% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

14% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement de « L » :

Sur 39 bénéficiaires, 20 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

8 ont souscrit la CMU C et 11 possèdent une autre complémentaire.

51% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

21% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

28% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Pour le centre de paiement « M » :

Sur 275 bénéficiaires, 167 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

22 ont souscrit la CMU C et 86 possèdent une autre complémentaire.

61% des bénéficiaires n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

8% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

31% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Enfin, le taux de non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C) global atteint 61%. Plus de la moitié des bénéficiaires ne posséderait pas, par conséquent, de protection complémentaire en matière de santé.

Il est assez surprenant de constater que 25% des 1099 bénéficiaires ont souscrit une complémentaire autre que la CMU C.

Seuls 14% ont donc choisi la CMU C, comme couverture complémentaire en matière de santé. Il est important de noter que nous n'avons pas fait de distinction entre les personnes qui ont choisi comme organisme gestionnaire de la CMU C, la CPAM « X » et celles qui ont fait le choix d'un organisme complémentaire (mutuelles, sociétés de prévoyance, assurances...).

Le taux de non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C) le plus élevé est celui du centre « F » : 82%.

Le taux le plus faible est celui du centre « D » : 33%.

Pour la majorité des autres centres de paiement, le taux de non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C) des bénéficiaires du RMI se situe entre 50 et 70%, ce qui constituent des taux de non-recours élevés.

Cependant, il faut quand même souligner que la méthode que nous avons choisi de mettre en œuvre pour calculer ces taux de non-recours peut influencer sur ces taux. En effet, nous sommes partis d'une requête répertoriant les bénéficiaires 806 sans CMU Complémentaire. Nous aurions pu faire le choix de travailler à partir d'un échantillon d'assurés 806, sans savoir *à priori* s'ils avaient ou non souscrit la CMU C.

D'autre part, il est nécessaire de noter que ces pourcentages incluent les assurés et leurs ayants droit. On parle en effet de bénéficiaires affiliés au régime 806 et pas seulement d'assurés.

- Le non-recours des allocataires du RMI affiliés au régime 101 :

Dans un second temps, nous allons présenter les taux de non-recours à la CMU C des assurés **affiliés au régime 101, dans les bases de données de la CPAM « X » et possédant des droits au RMI ouverts par la CAF « Y »**. Ces résultats sont issus du travail réalisé à partir des listings de la CAF « Y ». Le régime 101 identifie dans les bases des CPAM les personnes dont les droits sont ouverts au titre de salarié (maintien de droit de 4 années après la perte du plein droit).

Concernant les bénéficiaires du RMI affiliés au régime étudiant (250), il ne semble pas pertinent d'avancer un taux de non-recours, du fait d'effectifs extrêmement réduits.

!! Rappel de la méthode employée pour réaliser un état des lieux du non-recours à la CMU Complémentaire des bénéficiaires du RMI affiliés au régime 101, dans les bases de données de la CPAM.

Travail réalisé sur la base des listings de la CAF « *bénéficiaires du RMI justifiant au moins de 120 heures* », de mars et avril 2006).

- 1) Vérification de l'affiliation des bénéficiaires dans les bases de données de la CPAM et de l'ouverture d'un droit RMI ► Utilisation de Progrès, de la Base Ressources des bénéficiaires de la CMU, du RNIAM, d'Image et de CAF PRO.

► Objectif : constituer un échantillon d'assurés affiliés aux régimes 101, qui soient également bénéficiaires du RMI.

- 2) Quelle est la situation de ces assurés et de leurs ayants droit par rapport à la complémentaire santé ? Ont – ils ou non une protection complémentaire en matière de santé ? Si oui, laquelle ? CMU C, autre complémentaire ?

► Objectif : avoir une idée du taux de non-recours à la CMU C des assurés affiliés aux régimes 101.

- Résultats du travail réalisé sur les listings de la CAF « Y » de mars et avril 2006

A partir de ces listings, un échantillon de 521 assurés affiliés au régime 101 et percevant le RMI a été constitué.

Parmi ces 521 assurés, 95 n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé.

326 ont souscrit la CMU C et 100 possèdent une autre complémentaire.

18% des assurés n'ont donc pas de protection complémentaire en matière de santé.

63% ont souscrit la CMU C (dont la gestion est assurée par la CPAM ou par un organisme complémentaire).

19% ont souscrit une autre complémentaire (contrat hors CMU C).

Il est étonnant de constater que, lorsque l'on travaille sur un échantillon d'assurés affiliés au régime 101, la tendance concernant la souscription de la CMU C semble complètement s'inverser.

En effet, seuls 18% de ces assurés ne possèdent pas de protection complémentaire en matière de santé.

Parallèlement, une majorité d'entre eux possèdent la CMU C (63%).

Ces assurés perçoivent l'allocation RMI et justifient d'au moins 120h de travail au cours des trois derniers mois. La raison pour laquelle ils sont toujours affiliés au régime 101 est qu'ils alternent des périodes d'emploi et des périodes d'inactivité. Par conséquent, ils ne sortent jamais définitivement du dispositif RMI.

Avant de regarder si ces assurés avaient fait valoir leur droit à la CMU C, nous avons vérifié s'ils avaient toujours des droits RMI ouverts. C'est le cas pour les 521 bénéficiaires cités ci-dessus.

Au regard du taux de non-recours issu de notre travail sur un échantillon de plus de 500 assurés 101, il semblerait que cette partie des bénéficiaires du RMI, finalement assez proche de l'emploi soit moins touchée par le décrochage de droit entre RMI et CMU C.

A la suite de ce travail sur les assurés affiliés au régime 101, nous avons émis l'hypothèse qu'une certaine proximité par rapport à l'emploi expliquait peut-être un recours plus fréquent à la CMU C chez les bénéficiaires du RMI.

Les entretiens qualitatifs nous ont amenés à revenir sur cette hypothèse et à la nuancer. Elle est peut être valable pour une partie des bénéficiaires du RMI mais certainement pas pour tous.

En effet, les assurés qui alternent périodes d'emploi et périodes d'inactivité, auprès de qui nous avons réalisé des entretiens, ont évoqué que cette situation **est plutôt une raison explicative de leur non-recours à la CMU C** car elle engendre des incertitudes concernant leurs droits et les aides auxquelles ils peuvent prétendre.

« *Je fais des petits boulots, sur de courtes durées. Pas beaucoup d'heures...Du coup c'est un peu compliqué de savoir à quoi j'ai droit. J'ai été mal informée sur les conditions d'accès à la CMU quand j'ai fait mon contrat CAE aide bibliothécaire* ». (Une assurée, entre 25 et 35 ans, vivant seule, bénéficiaire du RMI depuis plusieurs années).

Les assurés qui ne recourent pas à la CMU C : profils

En analysant les questionnaires qui nous ont été retournés, nous avons essayé de mettre en lumière des profils d'individus davantage touchés par ce phénomène de non-recours à la CMU C.

Avant toute chose, il semble important de faire le point sur les résultats de cette enquête :

500 questionnaires ont été envoyés à des assurés 806 et 101, bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion. Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre expliquant notre démarche et d'un formulaire de choix d'un organisme gestionnaire (Cerfa n° 11421*01).

Le nombre d'assurés 806 à qui le questionnaire a été envoyé est beaucoup plus important (400) que le nombre d'assurés 101 (100). Pour cette raison, le régime d'affiliation ne sera pas retenu comme un élément d'analyse dans le traitement de l'enquête par questionnaires. De même, il est important de souligner que 298 questionnaires ont été envoyés à des hommes et 202 à des femmes.

81 questionnaires nous ont été retournés remplis, soit un taux de réponse de 16%. Ce taux est plutôt satisfaisant au regard des taux de réponse habituels dans ce type d'enquête postale. Par ailleurs, 40 assurés ont joint au questionnaire le Cerfa, plus ou moins bien complété. Pour 36 assurés, il a donc été possible d'ouvrir des droits à la CMU C (les 4 restants n'avaient rempli le formulaire que très partiellement). 5 allocataires sont également venus à l'accueil du centre, suite à notre courrier, pour faire les démarches nécessaires à la souscription de la CMU C.

50 courriers sont revenus en NPAI, soit 10% des courriers. Ce taux est également assez proche de ceux que l'on rencontre en général lorsque l'on procède à un envoi de courrier à partir de bases de données informatisées.

Sur les 81 courriers, 10 questionnaires n'ont pas pu être exploités. Comme nous l'avons évoqué dans le document *Etude CMU C/ RMI, Traitement des questionnaires*, certains assurés n'ont pas noté leur numéro de sécurité sociale (ou celui-ci était illisible). Ce numéro était la seule indication qui nous permettait de déterminer le sexe du répondant, information à la base de notre analyse. Lorsque ce numéro était absent ou illisible, les questionnaires n'ont pas été exploités. De même, certains assurés ont précisé qu'ils ne percevaient plus le RMI ; leurs situations avaient donc changé entre le moment où nous les avons intégré à

notre échantillon et le moment où ils nous ont répondu. Ces personnes n'ont pas été intégrées à nos analyses.

Finalement, 71 questionnaires ont été exploités.

❖ Age et structure familiale des allocataires du RMI dépendant de la CAF « Y »

Avant de présenter les résultats de notre enquête par questionnaires, il semble important de présenter le profil (en termes d'âge et de structure familiale) des allocataires du RMI dépendant de la Caisse d'Allocations Familiales « Y », afin de pouvoir mettre en perspective le profil des bénéficiaires sans CMU Complémentaire, avec le profil de l'ensemble des allocataires du RMI.

	CAF « Y »
Bénéficiaires du RMI	11077
Evolution sur 6 mois (en %)	2,0
Evolution sur 12 mois (en %)	2.7

Structure familiale

	Effectifs	Pourcentages
Couples sans personne à charge	391	3,6
Couple avec personnes à charge	1260	11,3
Familles monoparentales (femme avec enfants à charge)	2511	22,6
Familles monoparentales (homme avec enfants à charge)	168	1,5
Femmes seules	2459	22,2
Hommes seuls	4288	38,8
Total	11077	100,0

Age de l'allocataire

	Effectifs	Pourcentages
Moins de 25 ans	299	2,7
25 à 29 ans	2585	23,3
30 à 34 ans	1853	16,7
35 à 39 ans	1633	14,7
40 à 44 ans	1404	12,7
45 à 49 ans	1185	10,7
50 à 54 ans	980	8,8
55 à 59 ans	802	7,2
Plus de 60 ans	334	3
Age non connu	2	0,02
Total	11077	100,0

❖ Profil et situation par rapport à la complémentaire des répondants

66% des répondants sont des hommes, 34% sont des femmes. (**!! ces pourcentages doivent être nuancés et mis en perspective par rapport aux caractéristiques de notre échantillon ► plus d'hommes que de femmes**).

32% ont entre 25 et 35 ans, 34% entre 45 et 55 ans.

82% des répondants sont affiliés au régime 806, 18% au régime 101.

76% des répondants ne travaillent pas.

38% vivent seuls, 35% vivent chez quelqu'un (amis, famille...).

22% ont suivi un enseignement professionnel technique court, 25% ont fait des études supérieures.

25% des répondants se classent dans la catégorie socio - professionnelle des ouvriers non qualifiés, 27% ont coché la réponse « *autre* ».

80% des répondants n'ont pas souscrit de complémentaire (ni CMU C, ni autre complémentaire). Cela n'est pas surprenant étant donné que notre questionnaire a été envoyé à un échantillon constitué d'assurés qui, dans les fichiers de la CPAM « X », apparaissaient sans complémentaire (lien informatique identifié).

Cependant, 10% des répondants ont la CMU C, ce qui signifie qu'ils l'ont souscrit entre le moment où l'on a vérifié les dossiers et le moment de l'enquête par questionnaire. En effet, si l'on vérifie à nouveau avec le logiciel Progrès, le chargement de la CMU C, pour ces assurés, date de fin mai ou de début juin 2006.

Parallèlement, 10% des répondants possèdent une autre complémentaire. Il était impossible pour nous d'avoir cette information étant donné que ces assurés ont des contrats avec des organismes complémentaires qui ne possèdent pas le système NOEMIE - système qui permet de signaler à la CPAM auprès de quel organisme l'assuré a souscrit sa complémentaire -.

La plupart des organismes complémentaires dispose de ce système. C'est pourquoi, lorsque nous avons étudié les dossiers des bénéficiaires du RMI, il a été possible de voir pour la majorité d'entre eux, s'ils avaient souscrit un contrat hors CMU. La difficulté vient des organismes qui ne disposent pas de NOEMIE.

Tout en rappelant la prudence d'interprétation nécessaire lorsqu'il s'agit d'effectifs réduits, il est quand même possible de proposer une lecture des principaux résultats de notre enquête par questionnaires :

65% des assurés sans complémentaire sont des hommes, 35% des femmes.

Les hommes semblent donc être davantage touchés par le décrochage de droit entre RMI et CMU C. Cependant, il faut tenir compte du fait que la majorité des répondants à notre questionnaire sont des hommes.

Il est malgré tout intéressant de connaître le profil de ces hommes qui ne possèdent pas de protection complémentaire en matière de santé.

❖ Profil des hommes et des femmes sans complémentaire

Les hommes sans complémentaire

32% ont entre 25 et 35 ans, 38% entre 45 et 55 ans.

51% vivent seul, 40% vivent chez quelqu'un (amis, famille).

84% d'entre eux ne travaillent pas.

24% se classent dans la catégorie socio – professionnelle des ouvriers non qualifiés, 22% ont coché la réponse « *autre* ».

24% ont suivi un enseignement technique professionnel court, 24 % ont fait des études supérieures.

Les hommes semblent davantage exposés au non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C) à deux moments de la vie : entre 25 et 35 ans et entre 45 et 55 ans.

Les hommes sans complémentaire vivent pour une grande partie d'entre eux seuls ou chez quelqu'un (amis ou famille) et ne travaillent pas.

Lorsqu'on demande à ces assurés de se classer dans une catégorie socioprofessionnelle, 24% se classent dans « ouvriers non qualifiés », 22% dans « autres ».

Concernant le niveau d'études, les pourcentages sont assez proches les uns des autres. Il apparaît quand même que le décrochage de droit entre RMI et CMU C est davantage le fait d'hommes ayant suivi un enseignement technique court ou des études supérieures.

Les femmes sans complémentaire

30% ont entre 25 et 35 ans, 40% entre 45 et 55 ans.

30% vivent seules avec un ou plusieurs enfants, 40% vivent chez quelqu'un (amis, famille...).

70% d'entre elles ne travaillent pas.

30% se classent dans la catégorie socio – professionnelle des ouvriers non qualifiés, 40% ont coché la réponse « *autre* ».

25% ont arrêté leur scolarité à la fin du lycée.

Cependant, les pourcentages concernant le niveau d'études sont quasiment tous identiques. Ainsi 20% des femmes sans complémentaire ont arrêté leur scolarité en primaire, 20% à la fin du collège, 20% ont suivi un enseignement technique court et enfin, 20% ont fait des études supérieures. Il n'est donc pas pertinent de mettre en avant un pourcentage plutôt qu'un autre.

Tout comme les hommes, les femmes semblent davantage exposés au non-recours à deux moments de la vie : entre 25 et 35 ans et entre 45 et 55 ans.

Les femmes qui ne travaillent pas et qui vivent seules (avec un ou plusieurs enfants ou chez quelqu'un) apparaissent plus touchées par le non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C).

Lorsqu'on demande à ces assurées de se classer dans une catégorie socioprofessionnelle, 30% se classent dans « ouvriers non qualifiés », 40% dans « autres ».

En ce qui concerne le niveau d'études, comme pour les hommes, les pourcentages sont assez proches les uns des autres. Il apparaît quand même que le décrochage de droit entre

RMI et CMU C est davantage le fait de femmes ayant arrêté leur scolarité à la fin du lycée. Cependant, les pourcentages concernant le niveau d'études sont quasiment tous identiques. Ainsi 20% des femmes sans complémentaire ont arrêté leur scolarité en primaire, 20% à la fin du collège, 20% ont suivi un enseignement technique court et enfin, 20% ont fait des études supérieures. Il n'est donc pas pertinent de mettre en avant un pourcentage plutôt qu'un autre.

❖ Des caractéristiques finalement très proches

Les plus jeunes et les personnes d'une cinquantaine d'années sont davantage concernés. La répartition par tranches d'âge des personnes percevant le RMI montre que les 25/ 35 ans ainsi que les 45/ 55 ans sont les catégories les plus représentées en ce qui concerne le phénomène de non-souscription d'une complémentaire.

Les populations de femmes et d'hommes sans complémentaire apparaissent majoritairement composées de personnes déclarant vivre seules. Néanmoins, le pourcentage des « hommes isolés » est supérieur à celui des « femmes isolées » et les femmes vivent seules, mais plus fréquemment avec un ou plusieurs enfants à charge.

Concernant la variable de l'appartenance socioprofessionnelle, les assurés sans complémentaire (hommes comme femmes) se classent, plus fréquemment, dans la catégorie des ouvriers non qualifiés ou dans la catégorie « autres » (certains assurés qui se sont positionnés dans « autres » ont précisé leur réponse : saisonnier agricole, technicien de surface, vendeur...). Ces tendances sont plus marquées chez les femmes sans complémentaire ; chez les hommes la distribution des effectifs entre les différentes catégories socioprofessionnelles semble plus équilibrée et donc moins significative.

Enfin, si l'on associe les trois variables qui paraissent être les plus structurantes du non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C), à savoir le sexe, l'âge et la structure familiale, on peut avancer que l'absence de complémentaire concerne davantage les hommes relativement jeunes et vivant seuls ainsi que les hommes d'une cinquantaine d'années vivant seuls.

Le non-recours à la CMU C, conséquence d'une information confuse et mal comprise par les bénéficiaires

❖ Quelle connaissance les assurés ont-ils de la CMU C et du lien avec le RMI?

Les assurés sans complémentaire ont-ils eu l'information concernant l'existence de la CMU C et concernant la possibilité de bénéficier de cette complémentaire en tant que bénéficiaire du RMI ?

72% des assurés sans complémentaire sont informés de l'existence de la CMU C et du lien RMI/ CMU C.

7% sont informés de l'existence de la CMU C mais pas du lien RMI/ CMU C.

6% ne sont pas informés de l'existence de la CMU C mais ont pourtant connaissance du lien RMI/ CMU C.

15% ne sont informés ni de l'existence de la CMU C, ni de du lien RMI/ CMU C.

Finalement, la majorité des assurés sans complémentaire a connaissance de la CMU C. Les assurés savent également qu'ils y ont droit en tant qu'allocataire du RMI.

Il faut quand même noter que certains ont connaissance de la CMU C mais pas du lien entre RMI et CMU C.

Une petite part d'assurés n'a, semble-t-il, jamais été informée de l'existence de la CMU C, ni des conditions nécessaires pour en bénéficier. Ces assurés sont en grande majorité des personnes qui vivent seules et qui entrent dans les catégories d'âge que nous avons citées comme étant les plus touchées par le non-recours à la CMU C (entre 25 et 35 ans, entre 45 et 55 ans). Il est cependant étonnant de voir que, la moitié des personnes qui disent ne pas avoir connaissance de la CMU C, ont déjà souscrit la CMU C une ou plusieurs fois par le passé (vérifications faites à l'aide de PROGRES).

57 % des assurés (indistinctement femmes et hommes) ont déjà eu une complémentaire dans le passé que ce soit la CMU C ou une autre couverture complémentaire. La plupart ont d'ailleurs déjà eu la CMU C plusieurs années de suite. Le non-recours, dans ce cas là, est donc plutôt un phénomène de non renouvellement de la protection complémentaire.

La CMU C est en effet valable pour une durée de un an, à compter du moment où la CMU C est chargée par l'organisme gestionnaire. On note ainsi qu'une grande partie des assurés ne renouvellent pas sa couverture complémentaire.

23% seulement des assurés n'ont jamais eu de protection complémentaire en matière de santé. Ces personnes sont plus jeunes (entre 25 et 35 ans) et plus « isolées », que celles qui ont déjà souscrit une complémentaire au cours de leur vie.

❖ D'où provient l'information ?

44% ont été informés par leur référent social (assistante sociale)

14% ont été informés lors des informations collectives organisées par les Commissions Locales d'Insertion et destinées aux nouveaux allocataires du RMI.

14% ont reçu l'information de la Caisse d'Allocation Familiale.

9% ont été informés par un agent de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

9% par des connaissances (amis, famille...).

2% ont eu l'information par une information écrite (guide, affiche chez le médecin...).

Presque la moitié (44%) des assurés qui connaissent l'existence de la CMU C et la possibilité d'en bénéficier en tant qu'allocataire du RMI a été informée par le référent social (assistante sociale) attribué dans le cadre du dispositif RMI, pour suivre le parcours des bénéficiaires.

Les deux autres sources d'informations les plus fréquentes sont, d'après les réponses des assurés :

- Les Informations Collectives (organisées par les Commissions Locales d'Insertion pour informer les nouveaux entrants dans le dispositif RMI de leurs droits, de leurs devoirs, du fonctionnement du RMI...)

- La Caisse d'Allocations Familiales.

Il faut noter que les personnes qui disent ne pas être informées de la CMU C ne sont pas celles qui sont rentrées le plus récemment dans le dispositif RMI. *A priori*, l'ancienneté dans le dispositif ne semble pas être un élément réellement structurant pour expliquer ni l'absence d'information ni d'ailleurs, le non recours à la CMU C. En effet, les personnes en situation de non-recours sont entrées dans le dispositif RMI pour une partie en 2000 ou avant 2000 et pour une partie (quasiment égale) entre 2001 et 2005.

❖ Une information partielle et souvent confuse

Les allocataires du RMI sont en majorité informés de l'existence de la CMU C et de la possibilité d'en bénéficier. Lors des entretiens téléphoniques, quasiment tous les assurés nous ont confirmé avoir été informés de l'existence de la CMU C, le plus fréquemment, à l'occasion d'un entretien avec le référent social qui les suit dans le cadre du dispositif RMI.

Certains n'ont cependant jamais rencontré d'assistantes sociales (et ne veulent pas en rencontrer). Pour ceux-ci, la source d'information est davantage une connaissance (famille, amis...) ou les courriers d'information que peut envoyer la CPAM.

Cependant, même si la majorité des bénéficiaires du RMI semble avoir connaissance de la CMU C, cela n'induit pas qu'ils ont compris le fonctionnement de ce dispositif, ni les démarches à mettre en œuvre pour en bénéficier.

Ainsi, 14% des assurés ont répondu qu'ils ne savent pas où s'adresser pour faire les démarches nécessaires à la souscription d'une complémentaire. Parallèlement, 11% trouvent que ces démarches sont trop compliquées.

La connaissance que les assurés ont de la CMU C apparaît très superficielle : comme beaucoup le rappellent, les entretiens avec l'assistante sociale (qui constituent pour beaucoup la source d'information principale) sont souvent très rapides et de nombreux problèmes, autres que celui de la complémentaire, doivent être abordés. Les informations qui sont données par les assistantes sociales concernant la CMU C restent donc partielles.

De même, il peut parfois arriver que les informations données par le référent social soient fausses, à l'image de ce que cet assuré évoque lors de notre entretien téléphonique :

« L'assistante sociale m'a dit que ce n'était pas la peine payer une mutuelle, que comme j'étais RMIste j'avais la CMU qui allait couvrir mes frais, donc que je n'avais pas de souci à me faire pour ces questions là » (Un assuré, entre 35 et 45 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 1998).

5 assurés nous ont fait des réflexions de ce type lors des entretiens.

Parallèlement, pour les personnes qui sont informées par des connaissances, la fiabilité des informations données ne peut être vérifiée. Comme nous le dit un allocataire, *« chacun a entendu dire des choses sur la CMU, mais personne ne sait ce qui est juste ou pas. Mais quand on a pas le choix, on écoute les infos que nous donnent nos connaissances »* (Un assuré, entre 25 et 35 ans, vivant chez ses parents, bénéficiaire du RMI depuis 2003).

Plutôt que de l'absence d'information, le phénomène de non-recours semble davantage venir du fait qu'il existe un réel déficit d'une information claire. Les personnes ne comprennent pas précisément les informations qui leur sont données

concernant la CMU C et on sent qu'il existe chez les assurés une confusion, qui gêne la mise en route de démarches administratives.

Lors des entretiens, quasiment tous les allocataires évoquent la complexité du dispositif et la difficulté à comprendre les démarches à mettre en œuvre pour y avoir droit. Certains bénéficiaires nous signalent également des difficultés pour comprendre les courriers administratifs, ceux de la CPAM notamment, (mais également ceux d'autres organismes). Il ne faut pas non plus négliger qu'une partie des courriers n'arrive jamais à destination. En effet, en ce qui nous concerne, le taux de NPAI pour notre enquête par questionnaire a été de 10%. La population RMIste est effectivement une population très mobile et dont les logements sont souvent précaires. Les adresses changent fréquemment et la CPAM n'en est pas toujours informée.

❖ Des incompréhensions liées à la nécessité d'exercer le choix d'un organisme gestionnaire

Il est important de noter que la majorité des allocataires du RMI est persuadée d'avoir la CMU C. Sur les questionnaires, beaucoup ont écrit : **« j'ai toujours eu la CMU », « je pensais avoir la CMU », « je suis RMIste, j'ai la CMU ».**

En effet, nous l'avons dit, les bénéficiaires du RMI ont, de droit, accès à la prestation CMU C, sans qu'il y ait un examen des ressources, **sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme complémentaire.** Il existe une confusion entre la CMU de Base et la CMU Complémentaire. Les bénéficiaires du RMI pensent qu'ils possèdent automatiquement la CMU C. Ils y ont effectivement droit, mais doivent quand même choisir l'organisme qui gèrera cette complémentaire.

Cette difficulté concernant la nécessité d'exercer le choix d'option pour ouvrir le droit a déjà été soulignée dans le rapport d'évaluation de la CMU de 2003 et peut expliquer, en partie, le décrochage de droit entre RMI et CMU C.

Le bénéficiaire du RMI est admis de plein droit à la CMU, mais il doit, comme le précise la loi, exercer son choix d'option. Pour le régime général, ce choix doit être effectué lors de la demande de CMU C quand elle est concomitante avec celle du RMI. Lorsque ce n'est pas le cas, le titulaire du RMI est destinataire d'un courrier, envoyé dès que la CPAM a eu connaissance de l'entrée de l'intéressé dans le dispositif RMI. Ce courrier informe la personne de son droit et du fait que, pour en bénéficier, elle doit faire le choix de l'organisme gestionnaire.

De même, lorsque les droits à la CMU C viennent à échéance et que la personne est toujours bénéficiaire du RMI, elle reçoit, environ deux mois avant la date d'expiration de ses droits un courrier de renouvellement dans lequel il lui est demandé de procéder, de nouveau, au choix de l'organisme afin de bénéficier de la CMU C pendant une nouvelle année.

Tant que les personnes ne se sont pas manifestées, leur droit ne peut être ouvert. En effet, les CPAM ne peuvent ouvrir un droit à la CMU C en assurant d'office la gestion pour tout titulaire du RMI.

Les assurés ont du mal à comprendre le fonctionnement de ce dispositif et le fait qu'ils doivent choisir un organisme gestionnaire pour bénéficier de la complémentaire. Parallèlement, une fois que le choix est fait, ils pensent que le droit sera renouvelé automatiquement chaque année. Pour cette raison, des personnes qui avaient déjà fait la démarche pour avoir la CMU C étaient convaincues que leur droit était renouvelé chaque année.

Dans le rapport d'évaluation de la CMU de 2003, le Fonds a rappelé que la CNAMTS a déjà saisi plusieurs fois la direction de la Sécurité Sociale sur ce sujet et qu'elle n'a pas eu de réponse. Elle propose qu'au minimum, en cas de renouvellement de droit, le principe d'une reconduction tacite de l'organisme gestionnaire soit retenu. Pour régler entièrement ce problème, elle propose l'attribution automatique du droit et la gestion par la caisse primaire avec édition d'un courrier rappelant au bénéficiaire qu'il peut toujours exercer son choix.

❖ Des difficultés en lien direct avec l'imprimé de choix Cerfa

Le premier rapport d'évaluation avait souligné des problèmes liés au précédent formulaire de demande de CMU C. Ceux-ci avaient été résolus avec une nouvelle version ; depuis, aucune difficulté de compréhension n'a été particulièrement signalée. **Actuellement, il semble nécessaire de s'intéresser aux difficultés de compréhension que suscite le formulaire de choix de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (Cerfa n° 11421*01).**

La première partie du document, destinée à connaître le demandeur et sa situation, est plutôt bien comprise et ne pose pas de difficultés particulières. Les difficultés concernent la seconde partie du document intitulée « Choix de l'organisme chargé de la couverture complémentaire en matière de santé ».

Pour faire ce choix, les assurés doivent prendre connaissance de la liste des organismes participant à la protection complémentaire prévue par la loi. Hors la plupart des assurés ne savent pas à quoi correspond cette liste, ni où la trouver. **Elle n'est en effet pas disponible dans les accueils de la CPAM « X ». Le service CMU s'est également rendu compte que la liste dont il dispose n'est pas à jour.**

La liste actualisée est pour l'instant uniquement consultable sur le site du Fonds CMU, site auquel les agents de la CPAM n'ont pas accès. Les assurés quant à eux n'ont pas forcément la possibilité d'accéder au site du Fonds.

Lors de notre enquête par questionnaires, nous nous sommes très vite rendus compte des difficultés que rencontre la majorité des assurés pour compléter le Cerfa (que nous avons joint à notre courrier). Ces difficultés se traduisent clairement à travers les annotations qu'une dizaine d'assurés a noté à côté de la phrase : « j'ai pris connaissance de la liste des organismes (...) ».

Voici quelques unes de ces annotations :

- « Où est cette liste ? »
- « De quelle liste s'agit-il ? »
- « Jamais vu de liste.. »
- « Comment peut-on trouver cette liste ? »

Pour remplir la suite du document, il est en effet nécessaire de consulter cette liste. Comme les assurés n'y ont pas accès, beaucoup ne complètent pas la seconde partie du Cerfa qui est pourtant celle qui permet d'ouvrir des droits à la CMU C aux assurés. Sans ce choix, il est donc impossible d'instruire le dossier CMU C des assurés.

Des pistes comportementales pour expliquer le non-recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire

A côté des questions de l'information et du choix d'un organisme complémentaire, l'enquête par questionnaires, mais également les entretiens qualitatifs que nous avons réalisés, nous ont permis de pointer d'autres pistes d'explication du phénomène de non-recours à la CMU C.

Les explications précédentes sont plutôt de nature institutionnelle. Celles que nous allons maintenant aborder peuvent être qualifiées de comportementales ; cela signifie que les phénomènes de non-recours trouvent des explications dans les comportements des individus.

30 % des assurés disent qu'ils n'ont pas de protection complémentaire en matière de santé parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers pour en souscrire une.

14 % préfèrent attendre de retrouver un emploi pour prendre une complémentaire.

9% disent ne pas avoir besoin de soins.

3% n'ont pas de complémentaire par négligence de leur part.

❖ Un manque de moyen financier

La 10^{ème} question de notre questionnaire était : « *Vous n'avez pas de complémentaire, pourquoi ?* ». Elle ne concernait donc pas uniquement le non-recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, mais d'une manière plus globale, le non-recours à une complémentaire quelle qu'elle soit.

Cela explique certainement le fait que la réponse qui a été la plus souvent citée par les allocataires du RMI est « **je n'ai pas les moyens financiers pour souscrire une complémentaire** ».

D'autres études ont déjà mis l'accent sur le fait que la non-souscription d'une complémentaire est souvent liée à un manque de moyens financiers. Ainsi, le CREDOC, dans son étude parue en janvier 2006, *Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé*⁴², a insisté sur le fait que 56% des personnes sans complémentaire santé n'envisagent pas de souscrire une complémentaire du fait d'un coût financier trop élevé.

La CMU C a justement la particularité de proposer, à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, une protection complémentaire en matière de santé, **gratuite** (et sous condition de ressources, excepté pour les bénéficiaires du RMI).

Il est cependant possible que les assurés n'aient pas compris que la souscription de la CMU C n'entraîne aucun frais financier et qu'elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.

En effet, lors des entretiens qualitatifs, l'une des premières réactions des assurés lorsque je leur parlais de la CMU C étaient de dire qu'ils n'avaient pas les moyens pour payer une complémentaire santé et qu'ils avaient d'autres préoccupations prioritaires (logement,

⁴² Simon Marie-Odile, *Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé*, CREDOC, Département Evaluation des Politiques sociales, CTIP, Janvier 2006.

nourriture...). 14% des assurés préfèrent attendre de retrouver un emploi stable pour avoir les moyens financiers de souscrire une complémentaire.

❖ Le rapport aux soins des assurés

14% des assurés qui ont répondu à notre questionnaire n'ont pas de complémentaire car ils considèrent qu'ils n'ont pas besoin de soins médicaux. Ils préfèrent donc laisser de côté la souscription d'une complémentaire, pour utiliser leurs moyens financiers autrement. Ils jugent en effet, qu'étant en bonne santé, il n'est pas nécessaire de bénéficier d'une protection complémentaire.

Il faut noter que cette réponse est davantage celle d'hommes seuls, jeunes mais aussi d'hommes d'une cinquantaine d'années. En effet, on constate que les femmes qui ont des enfants à charge donnent moins ce type de réponses. Cependant, il est intéressant de constater que les personnes, qui disent ne pas avoir besoin de soins, lorsqu'on leur demande de juger leur état de santé⁴³ ne se placent pas forcément entre 5 et 10.

Finalement, en ce qui concerne le rapport aux soins des assurés, il semblerait que l'on soit face à deux cas de figure :

- D'un côté, des personnes réellement en bonne santé et qui ne souscrivent pas de complémentaire car elles utilisent effectivement peu le système médical.

« Je sais que j'ai droit à la CMU C, puisque je l'ai déjà demandé. Je ferais le nécessaire quand j'aurais besoin, on verra...Je tombe jamais malade. » (Un assuré, entre 25 et 35 ans, vivant chez ses parents, bénéficiaire du RMI depuis 2003).

- De l'autre, des personnes qui sont davantage dans une situation de renoncement à certains soins. Ces personnes, comme elles n'ont pas de complémentaire, préfèrent ne pas aller chez le médecin pour ne pas devoir engager de frais financiers.

Il apparaît que ce cas de figure est assez fréquent. Ainsi, 40% des personnes qui ont répondu à notre questionnaire disent avoir renoncé à des soins au cours de la dernière année.

« Je vais voir le médecin que quand il faut vraiment. J'aurais besoin de soins dentaires mais je ne peux pas les faire...J'attends que ça aille mieux » (Un assuré, entre 35 et 45 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 1998).

Les renoncements aux soins concernent apparemment davantage les soins spécialisés. 6 assurés sur les 25 interviewés disent par exemple avoir renoncé à des soins dentaires par peur de devoir engager des frais financiers importants. La plupart font le minimum en ce qui concerne leur santé.

❖ Le non-recours, conséquence d'une négligence ou d'un désintérêt

Dans les questionnaires, 3 assurés seulement avaient répondu qu'ils ne bénéficiaient pas de la CMU C par négligence de leur part. Mais lors des entretiens, **au moins une dizaine d'assurés a reconnu ne pas avoir de complémentaire parce qu'ils n'ont pas envie de faire les démarches nécessaires et qu'ils repoussent le moment où il faudra faire ces démarches administratives.**

⁴³ Question 15 du questionnaire : « Comment percevez-vous votre santé ? Sur une échelle de 1 à 10, entourer le chiffre qui vous convient le mieux : 1 très mauvaise, 10 : très bonne).

Ils négligent ce type de formalités car ils ne voient pas forcément l'intérêt, à un moment donné, de souscrire une complémentaire. Certains assurés reconnaissent d'ailleurs qu'ils ne savent pas précisément ce qu'est une complémentaire et qu'ils ne voient pas spécialement l'utilité d'en souscrire une. Beaucoup feront les démarches nécessaires à l'ouverture d'un droit CMU C lorsqu'ils y seront contraints, notamment quand ils auront besoin de soins.

« *On laisse filer le temps. On se dit qu'on verra quand on en aura besoin, mais même quand on a besoin ; on ne sait pas comment s'y prendre ni vers qui se tourner* ». (Assurée, entre 25 et 35 ans, vivant seule, bénéficiaire du RMI depuis plusieurs années).

« *Je repousse toujours au lendemain car pour moi, toutes ces formalités sont plus une corvée qu'autre chose* ». (Un assuré, entre 35 et 45 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 1998).

La négligence se combine, pour certains, avec l'angoisse de ne pas savoir à qui s'adresser pour souscrire la CMU C. Il ressort que, beaucoup d'assurés ont du mal à se repérer en ce qui concerne les procédures administratives et les formalités pour constituer un dossier. Pour cette raison, ils repoussent au lendemain. Cette attitude n'est pas spécifique à la complémentaire et est assez fréquente pour expliquer les phénomènes de non-recours à une offre publique, quelle qu'elle soit.

« *Moi dans toute cette paperasse, j'm'y retrouve plus !* ». (Un assuré, entre 25 et 35 ans, vivant chez ses parents, bénéficiaire du RMI depuis 2003).

Pour d'autres assurés et notamment les plus jeunes, le RMI est davantage un passage avant l'entrée dans le monde du travail. Pour cette raison, ils ne souscrivent pas la CMU C ; ils veulent en effet sortir au plus vite du dispositif et s'intéressent peu aux droits connexes au dispositif RMI.

Prenons pour exemple ce jeune homme qui a obtenu un diplôme d'ingénieur :

« *Le RMI a été un moyen de faire le lien à la fin de mes études, jusqu'à ce que je trouve un emploi. La CMU n'était pas ma priorité. Ce que je voulais c'était trouver un emploi. Mes démarches dans ce sens prenaient tout mon temps* ». (Un assuré, entre 25 et 35 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 2005).

❖ Un découragement ressenti par certains assurés

Certains assurés mettent en avant le découragement qu'ils ressentent face à ce type de dispositifs. La complexité des démarches et des dossiers pour accéder à leurs droits, la multiplicité des pièces à fournir, sont autant d'éléments qui accentuent le non-recours. Pourtant, les démarches à mettre en œuvre par un bénéficiaire du RMI pour avoir la CMU C sont peu nombreuses, mais certains présagent par avance que les formalités vont être trop compliqués.

On ressent également, chez certains assurés, une réelle lassitude concernant notamment leurs rapports avec les administrations, mais plus largement concernant leur quotidien.

« *C'est dur d'être toujours celui qui demande, les gens nous regardent de travers quand on est au RMI. Maintenant, je m'auto responsabilise car j'ai compris que percevant le RMI, la collectivité n'a pas en plus à assumer le prix de mes écarts de santé* ». (Un assuré, entre 45 et 55 ans, vivant seul, bénéficiaire du RMI depuis 2001).

Les facteurs psychologiques aboutissant au non-recours existent et ne doivent pas être laissés de côté. Les sentiments de découragement, de méfiance et de stigmatisation sont

Recueil des *Etudes & Observations* 2006 de l'ODENORE 86

fréquents et proviennent, dans la plupart des cas, de mauvaises expériences vécues auprès des administrations ou des services sociaux.

Il n'est pas rare que les parcours des allocataires du RMI soient faits de ruptures, de « dégringolades », d'échecs qui entraînent *in fine* une perte de motivation et une incapacité à aller vers les autres, ne serait ce que pour mettre en route des démarches auprès des administrations. Une majorité d'allocataires est ainsi confrontée à des situations extrêmement complexes dont l'une des conséquences est souvent un repli sur soi-même et un comportement d'évitement des autres.

Conclusion

Le taux de non-recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C) des **bénéficiaires** affiliés au régime 806, dans les différents centres de paiement de la circonscription « X », atteint en moyenne 61% ce qui est très élevé. Il serait intéressant de comparer ce taux, à ceux qui sont produits au niveau national. Comme nous l'avons dit, la méthode que nous avons choisi d'utiliser entraîne peut être une surévaluation de ce taux de non-recours.

Concernant le taux de non recours à une complémentaire maladie (dont la CMU C) des **assurés** affiliés au régime 101, il est de l'ordre de 18%. Le taux de souscription de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire au sein de cette population serait donc plutôt satisfaisant (63%). Pendant un temps, une de nos hypothèses consistait à dire qu'une plus grande proximité par rapport à l'emploi favorisait peut être la souscription de la CMU Complémentaire. La phase plus qualitative de ce travail nous a cependant amené à nuancer cette hypothèse.

En nous basant sur l'analyse des questionnaires, il a été possible d'esquisser des profils de personnes *a priori* plus vulnérables et davantage touchées par la discontinuité des droits RMI et CMU C. Si l'on associe les trois variables qui paraissent être les plus structurantes du non-recours à la CMU C, à savoir le sexe, l'âge et la structure familiale, on peut avancer que l'absence de complémentaire concerne davantage les hommes relativement jeunes et vivant seuls, ainsi que les hommes d'une cinquantaine d'années vivant seuls. Les femmes seules ayant des enfants à charge sont également touchées par le phénomène.

Ces caractéristiques peuvent être rapprochées de celles mises à jour à l'occasion d'autres études réalisées par l'ODENORE, notamment concernant le non-recours au contrat d'insertion des allocataires du RMI.

L'enquête par questionnaire a aussi permis de se rendre compte que la majorité des assurés a connaissance de la CMU C et du lien avec le RMI, mais que cette connaissance est largement superficielle et confuse. La complexité du dispositif engendre effectivement des incompréhensions qui peuvent faire obstacle à l'accès à leurs droits de certaines populations. Parallèlement, la nécessité de choisir l'organisme gestionnaire est mal comprise par les bénéficiaires du RMI, qui pensent être automatiquement couvert par la CMU C sans avoir à mettre en œuvre des démarches administratives particulières. La question de la liste des organismes complémentaires et de son accès se doit également d'être posée.

Des explications comportementales ont enfin été esquissées. Négligence, désintérêt, lassitude, attitude face aux soins, autant de comportements qui peuvent, semble-t-il, contribuer à éclairer le phénomène de non-recours à la CMU C des allocataires du RMI. Ces quelques éléments constituent des pistes qui mériteraient certainement d'être creusées et approfondies pour comprendre le décrochage de droit entre RMI et CMU C. Ils montrent en tout cas toute l'importance d'un travail qualitatif pour replacer les phénomènes de non-recours dans des parcours de vie.

Les personnes âgées et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Analyse de la sous-utilisation des heures prestataires préconisées dans certains plans d'aide APA

Cette étude a été réalisée par **Hélène NGUYEN**, étudiante de 2^e année de Master (« Ville, Territoire, solidarités ») – Iep de Grenoble.

RESUME

Le dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile vise à favoriser la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et qui souhaitent rester chez elles. Sur demande de la famille ou de la personne âgée, un plan d'aide est alors réalisé à partir d'une évaluation médico-sociale. Quand la personne âgée a besoin d'une tierce personne pour l'accompagner dans les différentes tâches de la vie quotidienne, des aides à domicile sont sollicitées. Elles sont employées, le plus souvent, par des services prestataires.

En 2005, les heures prestataires contenues dans les plans d'aide représentaient 55% des heures d'intervention à domicile préconisées. Or, depuis le 1^{er} janvier 2005, le système du versement direct de l'APA aux services prestataires laisse apparaître que 26% des heures préconisées dans les plans d'aide n'ont pas été réalisées. Ce constat pose le problème de l'efficacité du dispositif et plus précisément de la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile. L'étude réalisée repose sur des entretiens menés auprès des acteurs de ce dispositif, des équipes médico-sociales (EMS), des services d'aide à domicile (SAD) et des personnes âgées, pour connaître les raisons avancées par chacun pour expliquer cette « sous-utilisation » des heures prestataires. Elle permet de confirmer certaines hypothèses renvoyant à leurs pratiques et comportements :

- La charge de travail des référents sociaux ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide.
- Une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer.
- Les SAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées.
- Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire.
- Les responsables de SAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié.
- Certaines personnes âgées minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance.
- L'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales.
- Il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.

SOMMAIRE

- 1 La commande
 - 1.1 Contexte du soutien à domicile aux personnes âgées**
 - 1.2 Projet de stage : Objet et attendus**
 - 2 Hypothèses, échantillonnage et entretiens
 - 2.1 Hypothèses explicatives issues de la littérature renvoyant aux pratiques et comportements des acteurs du dispositif d'APA à domicile**
 - 2.1.1 Equipe médico-sociale (EMS)
 - 2.1.2 Service à domicile (SAD)
 - 2.1.3 Personne âgée
 - 2.2 Echantillonnage à partir de l'analyse des factures**
 - 2.3 Entretiens**
 - 2.3.1 Equipes médico-sociales
 - 2.3.2 Services à domicile
 - 2.3.3 Personnes âgées
 - 3 Analyse des données recueillies : infirmation/confirmation des hypothèses de travail
 - 3.1 Evaluation des besoins non satisfaisante**
 - 3.2 Difficultés de suivi médico-social**
 - 3.3 Manque de personnel et inadaptation de l'offre de service au plan d'aide**
 - 3.4 Personnel non qualifié**
 - 3.5 Relations entre les aides à domicile et les personnes âgées difficiles**
 - 3.6 Dénier de la dépendance, volonté de garder son indépendance**
 - 3.7 Relations entre les personnes âgées et les aides à domicile difficiles**
 - 4 Conclusion : éléments de mise en perspective
 - 4.1 En quoi l'exploitation des factures peut contribuer au suivi des plans d'aide par les référents sociaux?**
 - 4.2 Les écarts constatés doivent-ils être réduits ?**
 - 4.3 La coordination autour de la personne âgée comme outil d'amélioration du suivi des plans d'aide ?**
 - 4.4 Quelle place faut-il accorder aux aidants familiaux ?**
- Bibliographie
- Annexes

1. La commande

Contexte du soutien à domicile aux personnes âgées

Depuis la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile en janvier 2002, le nombre de bénéficiaires a connu une progression de +240%, passant de 2571 à 8810 bénéficiaires au 31 décembre 2005. L'analyse socio-démographique des bénéficiaires de l'APA à domicile met en évidence une population majoritairement féminine (3/4 des bénéficiaires) et âgée de 75 ans et plus (84% des bénéficiaires).

Afin de faire face tant quantitativement que qualitativement aux demandes croissantes des usagers, le Conseil général a mis en place un dispositif départemental s'appuyant sur des équipes médico-sociales (EMS) intervenant dans un cadre de proximité. Sous la responsabilité du Département, ces équipes sont composées pour moitié d'agents du Conseil Général et pour une autre moitié de travailleurs sociaux salariés d'organismes avec lequel le Département a passé convention : la Mutualité sociale agricole (MSA) ainsi que certains CCAS. Depuis le 1^{er} janvier 2006, les EMS APA sont rattachées aux directions territoriales du Conseil général, et font partie des services autonomie mis en place sur chaque territoire. Ces services autonomie garantissent désormais l'identification sur chaque territoire, au plus près des usagers, de lieux ressources permettant d'assurer une meilleure information et coordination des acteurs locaux de gérontologie. Soucieux de transformer et valoriser le secteur des services d'aide à domicile, le Conseil général a initié dès 2002 une démarche de modernisation des services prestataires d'aide à domicile aux personnes âgées en vue de garantir, sur l'ensemble du département, une réponse de qualité aux besoins d'accompagnement des bénéficiaires de l'APA.

Projet de stage : Objet et attendus

En 2005, les heures prestataires représentaient 55% des heures d'intervention à domicile préconisées dans les plans d'aide APA. Or, depuis le 1^{er} janvier 2005, le système du versement direct de l'APA aux services prestataires laisse apparaître qu'un certain nombre d'heures préconisées dans les plans d'aide n'est pas réalisé. Une « sous-utilisation » de ces heures a été constatée à partir des factures des services à domicile adressées au Conseil Général. Au cours du deuxième semestre 2005, 1 042 103 heures ont été accordées sur la base des factures et 774 581 heures ont été réalisées, l'écart constaté à partir de ces données est donc de 26%.

Le stage a pour objet de réaliser une étude sur ces écarts pour apporter des éléments de compréhension.

Les raisons avancées par les professionnels et par la Direction du Conseil Général conduisent à émettre l'hypothèse selon laquelle l'explication principale de cet écart réside probablement dans la relation entre personnes âgées et intervenants à domicile même si une définition quelque peu généreuse des besoins et des Plans d'action peut exister. Le moins grand nombre d'heures que prévu serait l'effet d'une possible limitation volontaire de cette relation de service, qui pourrait être due aussi bien aux personnes âgées qu'aux intervenants. Il s'agit donc d'éclairer cette hypothèse et de vérifier les attentes des personnes âgées au regard des pratiques des intervenants, pour voir en quoi les écarts constatés posent la question majeure de la qualité du service rendu.

La réponse à ces attentes ne peut donner lieu à une approche exhaustive dans le cadre d'un stage « étudiant » de 3 mois. En revanche, il est possible de vérifier la validité de cette hypothèse.

Pour cela, la démarche adoptée a suivi plusieurs étapes :

- Recherche de pistes pour expliquer les écarts à partir d'un travail sur la littérature.
- Analyse des données et échantillonnage pour cibler une population pour laquelle les écarts constatés semblent significatifs.
- Entretiens avec les acteurs du dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile c'est-à-dire les équipes médico-sociales (EMS), les services à domicile (SAD) et les personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile pour avoir leur point de vue sur la question.

2. Hypothèses, échantillonnage et entretiens

Un premier travail sur la littérature scientifique et professionnelle sur le vieillissement et la prise en charge des personnes âgées à domicile permet de dégager plusieurs pistes pour une explication de notre objet d'étude : les écarts entre les heures préconisées dans les plans d'aide et celles effectivement réalisées.

2.1. Hypothèses explicatives issues de la littérature renvoyant aux pratiques et comportements des acteurs du dispositif d'APA à domicile

Equipe médico-sociale (EMS)

Hypothèse 1 : La question de l'évaluation des besoins par les travailleurs sociaux et les médecins des EMS a été posée en terme d'efficacité. La méthode et les outils permettant de déterminer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée et de préconiser des aides pour favoriser son maintien à domicile ne semblent pas être satisfaisants.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 1.
Frinault, T. (2005). « Du ressortissant-bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine vieillesse », Politiques et management public, vol. 23, n° 2, 52-55.

Hypothèse 2 : La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources) évalue l'autonomie selon certains critères et regroupe les personnes âgées en six groupes "iso-ressources". Cette grille comporte dix variables à coder : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance. Les compétences de certains référents sociaux peuvent être limitées dans le domaine des soins. L'évaluation médico-sociale pose la question de la formation des assistantes sociales et de la polyvalence de l'EMS.

Nguyen, H. Auteur de ce rapport.

Hypothèse 3 : La vision biomédicale de la vieillesse semble dominer face aux déterminants sociaux et ceux liés à l'environnement des personnes âgées.

Ankri, J. et Henrard, J-C. (2003). « Services des soins de santé : dépenses de soins, efficacité des soins et des actions de santé ». Vieillesse, grand âge et santé publique..., 229.

Hypothèse 4 : La charge de travail trop importante des référents sociaux rendrait le suivi médico-social difficile.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 11.

Hypothèse 5 : Le contrôle de la qualité des prestations est insuffisant voire inexistant. Il paraît alors difficile d'affirmer que les plans d'aide sont adaptés aux besoins identifiés puisqu'on ne peut pas le vérifier.

Cour des comptes, (2005). Synthèse du rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes ». Séguin, P. (2005). Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Compte-rendu n° 7.

Service à domicile (SAD)

Hypothèse 6 : Les SAD manquent de personnel pour assurer la continuité des prestations 7 jours/7.

Cour des comptes, (2005). Synthèse du rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes », 10.
De Maria, F. et Pépin, P. (2004). Les personnes âgées dépendantes en Essonne, à domicile et en établissements. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 90.
Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370, 3.
Mette, C. (2004). « APA à domicile : une analyse des plans d'aide », Études et résultats DRESS n°293, 2.
Weber, A. (2005). « L'appréciation de l'APA par ses bénéficiaires ou leurs proches », Etudes et résultats DRESS n°371, 4.

Hypothèse 7 : Le plan d'aide est inadapté aux offres des services prestataires. L'offre de service est insuffisante et ne permet pas de respecter les types d'intervention et les créneaux horaires demandés.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 1-10.

Hypothèse 8 : Le secteur de l'aide à domicile est peu attractif du fait des conditions de travail peu favorables et de la faible rémunération, ce qui rend le recrutement de personnel qualifié difficile.

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264, 9.
Séguin, P. (2005). Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité social. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Compte-rendu n° 7.

Hypothèse 9 : Les aides à domicile peuvent avoir des comportements négligents envers les personnes âgées.

Bouchayer, F. (2004). « L'inscription sociale d'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée », Normes et valeurs dans le champ de la santé, 79.
Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370, 4-5.

Personne âgée

Hypothèse 10 : La venue chez soi d'une personne étrangère n'est pas facile à accepter pour les personnes âgées d'autant plus si elle souhaite garder son indépendance.

Caradec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 85.
Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370, 5.
Warin, P. et Chauveaud, C. (2005). Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire, ODENORE, 4.

Hypothèse 11 : L'intervention d'une personne étrangère peut provoquer du désordre dans les relations familiales.

Warin, P. et Chauveaud, C. (2005). Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire, ODENORE, 5.

Hypothèse 12 : Il peut exister un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et les attentes de la personne âgée.

Caradec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 83-85.

2.2. Echantillonnage à partir de l'analyse des factures

A la date du 31 décembre 2005, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile s'élève à 8810. Cette population est majoritairement féminine (3/4 des bénéficiaires) et âgée de 75 ans et plus (84% des bénéficiaires). Les délais impartis pour réaliser ce stage n'ont pas permis d'étendre l'étude à l'ensemble de cette population et sur toute l'année 2005. En accord avec les responsables du service des aides et prestations sociales à domicile, l'échantillonnage porte sur les bénéficiaires ayant fait appel à certains SAD conventionnés avec le Conseil Général sur la période du 2^{ième} semestre 2005.

Les SAD retenus sont les ADPA de Grenoble et de Bourgoin-Jallieu, l'ADMR Isère (ce sont les trois plus grosses associations en terme de bénéficiaires) et les deux CCAS de Saint Martin d'Hères et de Saint Marcellin. La comparaison des fonctionnements des CCAS semble être intéressante car les écarts constatés sont différents malgré un nombre de bénéficiaires et une structure identiques. Les ADPAH de Voiron et de Vienne ont été écartées car leurs structures sont relativement identiques à l'ADPA de Bourgoin-Jallieu.

Ce travail d'échantillonnage se base sur les factures qu'adressent les SAD au Conseil Général. Cela concerne ainsi 4840 bénéficiaires⁴⁴.

Echantillon 1 : Pour cibler les situations les plus représentatives du phénomène étudié, on procède à un premier tri en appliquant les critères suivants :

- Pourcentage d'écart entre les heures accordées dans les plans d'aide APA et celles réalisées : « supérieur ou égal à 26%⁴⁵ » sur les 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2005.
- Pas de révision des plans d'aide au cours des 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2005.
- Facture sur le trimestre entier (du premier jour au dernier jour des 3^{ième} et 4^{ième} trimestres).

Le tableau suivant indique le nombre de personnes correspondant aux critères précités :

SAD	Échantillon 1
ADMR Isère	107
ADPA Bourgoin-Jallieu	7
ADPA Grenoble	224
CCAS Saint Marcellin	4
CCAS Saint Martin d'Hères	15
Total	357

⁴⁴ Il est impossible de connaître le nombre exact de bénéficiaires par semestre. On connaît le nombre pour un trimestre, mais on ne peut pas additionner deux trimestres, sinon on peut compter deux fois des bénéficiaires. On a donc choisi de retenir les effectifs trimestriels les plus élevés, ceci pour chaque SAD enquêté. Autrement dit, les effectifs correspondent aux effectifs à un temps t et non à des effectifs cumulés au long d'une période.

⁴⁵ Ce pourcentage correspond à l'écart moyen constaté à partir des factures de tous les SAD (hors convention et conventionnés par le Conseil Général) sur le 2^{ième} semestre 2005. Pour calculer cet écart, le nombre d'heures accordées pris en compte est celui mentionné sur ces factures, différent de celui mentionné sur les plans d'aide (voir 4.1. En quoi l'exploitation des factures peut contribuer au suivi des plans d'aide par les référents sociaux?).

Echantillon 2 : En accord avec le chef du service « APA à domicile », un deuxième tri a été effectué à partir de la répartition territoriale de l'échantillon 1 (Tableau « Répartition territoriale de l'échantillon 1 sur le 2^{ème} semestre »). Les territoires retenus sont :

- Les territoires regroupant plus de 10% de l'échantillon 1: le Grésivaudan (8), Grenoble (13) et la couronne du Sud-grenoblois (15),
- Le territoire du Sud Grésivaudan (7) pour la comparaison des CCAS de Saint Martin d'Hères et de Saint Marcellin,
- Les territoires Porte des Alpes (1) et Haut Rhône Dauphinois (2) où une seule EMS existe.

Cela concerne 235 bénéficiaires.

Répartition territoriale de l'échantillon 1 sur le 2 ^{ème} semestre								
Territoire	ADPA Grenoble	ADMR Isère	ADPA BJ	CCAS SMH	CCAS St Marcellin	Total	Répartition (en %)	Ecart moyen (en %)
1		11	2			13	3,64	41,71
2		18	5			23	6,44	41,34
3		9				9	2,52	48,16
4						0	0,00	
5	0	16				16	4,48	66,72
6	1	8				9	2,52	61,59
7		8			4	12	3,36	56,22
8	17	19				36	10,08	47,59
9		6				6	1,68	59,64
10		3				3	0,84	65,77
11	6	3				9	2,52	44,99
12		3				3	0,84	42,47
13	108	0				108	30,25	53,38
14	20	1				21	5,88	51,06
15	36	2		15		53	14,85	51,86
16	33					33	9,24	55,89
Hors Isère	3					3	0,84	56,42
Total	224	107	7	15	4	357	100,00	52,16
Echantillon 2	161	48	7	15	4	235	65,83	

Lecture: Parmi les personnes âgées de l'échantillon 1 retenu (357 PA), 16 ont leur lieu de résidence sur le territoire 5 soit 4,48% de l'échantillon total et ont en moyenne 66,72% d'écart entre les heures accordées et celles réalisées.

Echantillon 3 : L'échantillon 2 a fait l'objet d'une analyse à partir des dossiers administratifs permettant d'écartier 14 personnes pour lesquelles l'hospitalisation, l'entrée en établissement, l'absence pour convenance personnelle ou le renoncement après accord expliquent logiquement les écarts constatés. De plus, 4 personnes résidant sur le territoire 15 ont également été écartées car elles sont prises en charge par l'EMS du territoire 14 non retenu pour l'étude.

L'échantillon 3 (cf. Annexe 1) est composé de 217 bénéficiaires APA pour lesquels aucune explication des écarts n'est connue. Ils sont répartis comme suit :

Service à domicile	Terr.1 et 2	Terr.7	Terr.8	Terr.13	Terr.15	Total
AMDR Isère	23		16			39
ADPA Grenoble			17	108	30	155
ADPA Bourgoin-Jallieu	7					7
CCAS St Martin d'Heres					13	13
CCAS St Marcellin		3				3
Total	30	3	33	108	43	217

A partir de ce tableau, il s'agit dans un premier temps de trouver dans les dossiers de ces personnes âgées et avec l'aide des EMS des services Autonomie concernés, les raisons pouvant expliquer la sous-utilisation des heures prestataires. Ce premier point de vue est complété ensuite par celui des responsables des SAD et enfin par celui des personnes âgées elles-mêmes.

2.3. Entretiens

L'objectif des entretiens est de recueillir les points de vue des acteurs du dispositif d'APA à domicile afin de connaître les raisons de la sous-utilisation des heures prestataires. Il faut tenir compte de la diversité des contextes avec des fonctionnements propres à chaque EMS et à chaque SAD. De même, il faut prendre en considération les conditions de vie de chaque personne âgée puisqu'il n'existe pas de profil-type du « bénéficiaire APA à domicile ». Il s'agit ensuite d'établir une liste des explications qui indiquent le poids ou l'importance de chacune d'entre elles mais aussi leurs possibles combinaisons.

Compte tenu des délais impartis, l'étude réalisée ne peut être exhaustive. Il se peut donc que des situations particulières soient mises en exergue.

Equipes médico-sociales :

Suite au travail d'échantillonnage, une liste de bénéficiaires de l'échantillon 3 par territoire a été envoyée aux EMS concernées, les référents sociaux ont été sollicités pour étudier les dossiers dont ils s'occupent et trouver des explications aux écarts constatés. Ce travail préalable devait permettre de cibler des personnes âgées pour lesquelles aucune explication n'était connue et ainsi faire une liste des personnes âgées à rencontrer. Des rendez-vous ont ensuite été pris avec ces EMS. Une incompréhension sur le travail demandé aux référents sociaux de l'EMS des territoires Haut Rhône dauphinois et Porte des Alpes a nécessité un 2^{ème} déplacement. Les disponibilités limitées des référents sociaux de cette EMS et de celle de Grenoble n'ont pas permis une discussion en direct sur les questions soulevées par la sous-utilisation des heures prestataires, seules les chefs Autonomie et le médecin de l'EMS de Grenoble ont pu donner leur avis.

Description du fonctionnement :

Les entretiens réalisés avec les EMS des 6 territoires retenus ont pour but de comprendre leurs pratiques et usages (cf. annexe 2). Il s'agit également de recueillir leurs explications des écarts constatés afin de les confronter aux hypothèses explicatives résumées du travail préalable sur la littérature.

Le tableau 1 (cf. annexe 3) présente les réponses apportées par les EMS concernant les profils des bénéficiaires, le travail des référents sociaux, leurs appréciations de l'analyse des

besoins, des plans d'aide mis en place et des relations qu'elles entretiennent avec les SAD. Une dernière question se rapporte à leur avis sur la non utilisation des heures prestataires.

Résumé des avis sur chaque point fort des entretiens :

Travail des référents sociaux :

Les suivis sont difficiles à cause d'une charge de travail trop importante.

Analyse des besoins :

Les réponses aux besoins identifiés ne peuvent être satisfaisantes si la qualité de la prestation n'est pas contrôlée.

L'évaluation des besoins est influencée par la famille et la notion de prévention est présente (surévaluer en cas de dégradation de l'état de santé).

Plan d'aide :

Notion de réajustement, d'adaptation à la personne.

Latitude permise sans conséquences financières.

Difficulté de mise en place, transitoire mais indispensable.

Relations avec les SAD :

La connaissance des SAD par les référents sociaux n'est pas systématique. La nécessité de formaliser les contacts est soulignée. Les relations entre les référents sociaux et les responsables de secteur des SAD sont informelles.

Non utilisation, un problème ? :

Oui car l'évaluation n'est pas juste, surévaluée.

Non car le réajustement et la réactualisation sont nécessaires. Il y a dans ce cas une souplesse et la situation est acceptée, d'autant plus qu'il n'y a pas de dépenses.

Explications des écarts :

Les référents sociaux ont recueilli dans les dossiers des bénéficiaires de l'échantillon 3 tous les éléments permettant d'expliquer les écarts constatés.

Ces explications sont répertoriées dans le tableau 2 (cf. annexe 4) ci-dessous, leur proportion indique le poids de chacune d'entre elles.

Il existe un certain nombre de dossiers retenus mais non étudiés, cela est principalement dû au fait que les référents sociaux en charge de ces dossiers n'ont pas pu transmettre les informations.

Parmi les cas étudiés, le comportement des personnes âgées expliquerait principalement (48.4%) la sous-utilisation des heures prestataires. Leurs absences, le souhait de ne pas avoir autant d'heures que prévues, leur volonté de n'avoir qu'une seule aide à domicile (non remplacée en cas d'absence de celle-ci) et leurs caractères dits « difficiles » limiteraient le nombre d'interventions.

17.6% des explications sont liées aux services à domicile. Les caractéristiques de ces services sont en cause, notamment le manque de personnel qualifié pour les aides à la personne, les forfaits inadaptés pour les services n'intervenant que pour un minimum d'heures (souvent très supérieur à la demande) et la limitation des interventions liée au manque d'aides à domicile. Mais la principale raison des écarts est liée à la présentation des données. Souvent deux prestataires interviennent à domicile. Or, la facturation que nous avons étudiée ne fait apparaître que les heures effectuées par un prestataire. Dans ce cas, les écarts relevés sont fictifs, car les heures sont faites mais non reportées sur les documents.

Services à domicile :

La directrice de la santé et de l'autonomie a adressé un courrier aux responsables des ADPA de Grenoble et de Bourgoin-Jallieu, de l'ADMR Isère, des CCAS de Saint Martin d'Hères et de Saint Marcellin leur expliquant l'objectif de l'étude et la démarche utilisée. Des

rendez-vous ont été fixés peu de temps après. Pour les CCAS, les personnes rencontrées sont respectivement le chef des services gérontologiques et la responsable sur service d'aide à domicile.

Description des services à domicile :

Les entretiens avec les responsables des SAD retenus et les responsables de secteur de ces SAD renseignent sur les particularités des structures (cf. annexe 5) : le personnel, leur formation, la conception et la reconnaissance du métier d'aide à domicile, le fonctionnement et la croissance de l'activité, la perception des autres SAD et les relations établies avec les autres acteurs du dispositif d'APA à domicile (réfèrent social, personne âgée et sa famille).

Le temps imparti pour la réalisation de cette étude n'a pas permis de questionner tous les responsables de secteur ni les aides à domicile. Néanmoins, 4 entretiens ont pu être menés auprès de responsables de secteur. Leurs réponses complètent celles des responsables des SAD (cf. annexes 6 et 7) concernant la conception et la reconnaissance du métier ainsi que les relations établies avec les autres acteurs du dispositif d'APA à domicile (réfèrent social, personne âgée et sa famille).

Explications des écarts :

Les responsables des SAD ne connaissent pas tous les dossiers, ils ont néanmoins des explications aux écarts étudiés, comme les 4 responsables de secteur et les 2 aides à domicile également rencontrés (cf. annexe 8).

Les explications données correspondent à celles des référents sociaux. On retrouve ainsi les refus des personnes âgées à avoir des remplaçants, leur souhait d'avoir moins d'heures que prévu au moment de l'évaluation, l'intervention de la famille supérieure à celle estimée et les absences des personnes âgées pour hospitalisation ou convenance personnelle.

Personnes âgées :

Après avoir examiné les dossiers des personnes âgées figurant sur les listes données aux référents sociaux, un certain nombre de cas reste sans explications. Les référents sociaux en charge de ces personnes âgées ont indiqué la façon la plus appropriée pour les contacter et les rencontrer. Il s'agit pour les uns de l'envoi d'un courrier précisant que le but de l'étude est d'améliorer leur prise en charge, suivi d'un appel téléphonique à la personne âgée directement ou à un membre de sa famille. Pour d'autres, les rendez-vous ont été pris directement avec les personnes âgées par téléphone.

11 entretiens ont été menés auprès de personnes âgées (cf. annexe 9) : 3 sur les territoires Haut Rhône dauphinois et Porte des Alpes et 8 sur le territoire du sud-grenoblois, ces derniers par Catherine Chauveaud d'ODENORE (observatoire des non recours aux droits et services).

Conditions de vie et appréciation du plan d'aide :

Les informations recueillies permettent de connaître de façon générale les conditions de vie de la personne âgée et d'avoir leur point de vue sur le plan d'aide mis en place (cf. annexe 10).

Explications des écarts :

Les explications des écarts données par les personnes âgées et/ou leur entourage (cf. annexe 11) rejoignent celles des référents sociaux et des responsables des SAD. Certaines

personnes âgées et leur famille sont conscientes des difficultés de fonctionnement des SAD pour trouver du personnel et le regrettent, d'autres refusent ces remplacements parce qu'elles n'acceptent pas les changements. Il y a eu également des absences pour hospitalisation ou convenance personnelle. Dans deux cas, la présence de la famille est plus importante que prévue et les interventions des aides à domicile n'ont pas lieu quand la famille peut s'occuper de leur proche. L'emploi d'un autre SAD que celui retenu pour l'étude explique enfin certains écarts.

3. Analyse des données recueillies : infirmation/confirmation des hypothèses de travail

L'objectif de cette analyse est de confronter les hypothèses explicatives issues de la littérature avec les résultats des entretiens. Certaines sont infirmées, d'autres confirmées.

3.1. Evaluation des besoins non satisfaisante

Hypothèse 1 : La méthode d'évaluation est mal adaptée.

Lors des différents entretiens menés, personne n'a critiqué la méthode permettant d'évaluer le degré d'autonomie des personnes âgées. Le travail de recueil de données sur la situation de la personne âgée à domicile et la collaboration entre les référents sociaux et médecins des EMS n'ont pas été remis en question. L'absence de définition réglementaire précise de l'évaluation médico-sociale ne semble pas poser de problème ici. Elle a notamment permis au service APA à domicile du Conseil Général de l'Isère et au service social de la MSA des Alpes du Nord de concevoir un document d'évaluation propre à leurs pratiques professionnelles (cf. Annexe 12).

Par contre, si ce document permet de bien évaluer le degré d'autonomie de la personne âgée à domicile, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une « photographie instantanée simultanément tributaire de l'état conjoncturel de la personne âgée ainsi que les informations délivrées par elle-même et son entourage » (Frinault). Ainsi, des référents sociaux trouveraient l'évaluation des besoins d'autant plus satisfaisante s'il y avait la possibilité de faire des réajustements après un premier fonctionnement de 2 ou 3 mois notamment à cause d'une tendance à surévaluer les besoins en anticipation de situations qui se dégraderaient ou sous la pression de la famille qui demande à bénéficier du maximum pour être soulagée.

Hypothèse 2 : Les compétences de certains référents sociaux sont limitées dans le domaine des soins.

Aucun référent social n'a fait part de difficulté pour évaluer le degré de perte d'autonomie des personnes âgées. Les référents sociaux utilisent le même document d'évaluation et ce, quelle que soit leur formation. La diversité des profils des référents sociaux (assistants sociaux, infirmières, conseillère en économie sociale et familiale, psycho-gérontologue) est recherchée par le Conseil Général de l'Isère puisque « la variété des problématiques rencontrées lors des visites à domicile dans le cadre de l'attribution de l'APA exige une pluridisciplinarité des équipes... » (Conseil Général de l'Isère). De plus, la présence d'un médecin dans chaque EMS permet un regard croisé sur les dossiers complexes.

Hypothèse 3 : La vision biomédicale prédomine au détriment des déterminants sociaux de la santé des individus et des déterminants liés à l'environnement individuel et collectif.

Personne n'évoque cette hypothèse. La grille AGGIR n'étant pas remise en question, il semblerait que les données, principalement recueillies par des travailleurs sociaux, permettent d'envisager des réponses à la demande des personnes âgées.

3.2. Difficultés de suivi médico-social

Hypothèse 4 : La charge de travail des référents sociaux ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide.

Les référents sociaux regrettent un manque de moyen qui empêche un suivi satisfaisant des dossiers dont ils ont la charge. Ils auraient trop de dossiers à gérer, notamment de nombreux nouveaux dossiers. Ils ne seraient pas assez disponibles. La polyvalence et la proximité des assistantes sociales de Grenoble les rendent moins disponibles encore que les autres référents sociaux.

Hypothèse 5 : Une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer.

Une référente sociale évoque la nécessité de connaître les intervenants pour être sûre qu'ils favorisent l'autonomie et qu'ils utilisent tout le temps imparti dans cet objectif.

Un problème concernant les arrêtés, documents sur lesquels se basent les SAD pour programmer leurs interventions, est soulevé par un médecin. Il s'agit de la perte d'informations entre la définition de tâches précises à effectuer à certaines heures et la globalisation d'un nombre d'heures accordées sur les arrêtés. Cela représente un risque si les prestations offertes ne correspondent pas à ce qui est préconisé.

3.3. Manque de personnel et inadaptation de l'offre de service au plan d'aide

Hypothèse 6 : Les SAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées.

Une référente sociale parle des limites du fonctionnement des SAD, différentes selon les chefs de secteur et le personnel employé. Elle souligne que la continuité 7 jours/7 est difficile. Sur certains secteurs de Grenoble, il manque des aides à domicile, notamment à Teisseire. Un bénéficiaire de l'APA à domicile raconte qu'au début de sa prise en charge, il avait besoin d'une aide pour la toilette mais que personne n'est venu pendant 3 mois, le SAD expliquant qu'il n'y avait pas de personnel qualifié. Faire appel à une IDE libérale a été envisagée mais c'était trop cher pour lui. Une autre bénéficiaire a dû s'accommoder des disponibilités de l'aide à domicile pour planifier les interventions. Quatre responsables de SAD sur les cinq interrogés connaissent des difficultés pour recruter du personnel qualifié ou non, notamment parce que le secteur n'est pas attirant. Des difficultés de remplacement des aides à domicile en congés en résultent.

Hypothèse 7 : Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire.

Une responsable d'un SAD affirme que des interventions d'une ½ heure sont possibles car l'accent est mis sur le respect de la vie des personnes âgées. Le travail des aides à domicile doit s'adapter à la personne et non à leurs disponibilités. Mais le principe n'est pas toujours réalité. Apparemment, il existe des SAD qui n'interviennent pas en deçà d'un certain nombre d'heures par intervention, soit la personne âgée accepte soit elle refuse et c'est dans ce dernier cas que l'on observe des écarts.

D'après les référents sociaux, certains SAD s'adaptent aux besoins des personnes âgées et des aides à domicile interviennent pour des petites d'interventions d'une ½ heure 3 fois/jour au lieu d'une seule intervention de 1h30. D'autres manquent de souplesse.

3.4. Personnel non qualifié

Hypothèse 8 : Les responsables de SAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié.

Quatre responsables de SAD sur les cinq interrogés confirment cette hypothèse. La principale cause est liée au secteur peu attirant de l'aide à domicile où les conditions de travail sont difficiles notamment à cause du manque de reconnaissance de leur métier et de la faible rémunération.

3.5. Relations entre les aides à domicile et les personnes âgées difficiles

Hypothèse 9 : Les professionnels ont des comportements négligents.

Les personnes âgées interrogées apprécient leurs aides à domicile. Les personnes âgées ayant refusé l'accès de leur domicile à des aides à domicile ne l'auraient pas fait pour cette raison mais parce qu'elles n'acceptent pas de personnes étrangères dans leur maison ou parce qu'elles ne s'entendent pas avec elles, les comportements négligents ne sont pas mentionnés. Les référents sociaux n'ont pas été alertés pour ce type de problème.

3.6. Dénier de la dépendance, volonté de garder son indépendance

Hypothèse 10 : Certaines personnes âgées minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance.

Une référente sociale constate que les personnes âgées ne sont souvent pas prêtes à accepter de l'aide. Des plans d'aide sont mis en place alors que les personnes âgées n'expriment pas la nécessité d'être aidée car la demande vient de la famille et dans ce cas, la négociation est difficile. Il s'agit d'un problème rencontré dans un certain nombre de cas expliqués par les référents sociaux. La mise en place du plan d'aide doit se faire progressivement avec des aides à domicile, qui doivent instaurer un climat de confiance avec les personnes âgées avant de pouvoir réaliser tout travail d'accompagnement.

La fille d'une bénéficiaire raconte la difficulté de sa mère à accepter de recevoir de l'aide, elle qui a toujours donné aux autres. Atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle ne se rendait pas compte qu'elle ne pouvait plus vivre sans l'aide d'une tierce personne.

Si l'évaluation des besoins est correcte, on peut supposer que les personnes âgées ne voulant pas autant d'heures que ce qui leur est proposé surestiment leurs capacités.

3.7. Relations entre les personnes âgées et les aides à domicile difficiles

Hypothèse 11 : L'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales.

Les explications des écarts données par les référents sociaux font apparaître la difficulté de la famille à déléguer ou le refus des personnes âgées à avoir une personne extérieure pour les aider alors que leurs proches, souvent leurs filles, pourraient le faire. Le rôle du plan

d'aide est pourtant de prévenir les ruptures avec les aidants familiaux et ainsi de soutenir la famille quand elle ne peut plus assumer la prise en charge de la personne âgée.

Déléguer ce travail à une aide à domicile risque de contrarier la personne âgée et provoquer du désordre dans les relations familiales.

Hypothèse 12 : Il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.

Les aides à domicile sont souvent traitées uniquement comme des femmes de ménage et elles sont frustrées de ne pas pouvoir exercer l'ensemble de leurs compétences. Certaines personnes âgées ne comprennent pas que leur rôle ne se restreint pas uniquement au ménage mais qu'il consiste surtout à favoriser leur autonomie par un accompagnement dans les tâches de la vie quotidienne. Les interventions préconisées ne doivent pas être déviées de leur objectif. Ainsi, repasser les chemises de leurs enfants ou « briquer » leur cuisine ne font pas partie des missions des aides à domicile qui refusent de le faire alors qu'il s'agit des attentes de la personne âgée.

Parmi l'ensemble des hypothèses énumérées dans la première partie de l'étude, certaines sont validées par nos entretiens :

- La charge de travail des référents sociaux ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide.
- Une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer.
- Les SAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées.
- Les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire.
- Les responsables de SAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié.
- Certaines personnes âgées minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance.
- L'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales.
- Il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.

4. Conclusion : éléments de mise en perspective

Les réflexions induites par les questions posées lors des entretiens permettent de formuler des réponses aux problèmes soulevés par la sous-utilisation des heures prestataires.

4.1. En quoi l'exploitation des factures peut contribuer au suivi des plans d'aide par les référents sociaux?

La comparaison entre les données issues des factures étudiées et celles issues du logiciel Perceval-BO a permis de réaliser que les écarts réels entre les heures préconisées et les heures effectivement réalisées étaient de 18% et non de 26%⁴⁶.

L'analyse des factures des 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2005 des SAD retenus pour l'étude a révélé plusieurs biais qui sont à l'origine de ce décalage. Ces biais sont les suivants :

- Plusieurs prestataires peuvent être employés par les personnes âgées. Les heures accordées sur le plan d'aide sont alors réparties entre eux. Chacun édite une facture sur laquelle est indiqué le nombre d'heures accordées et

⁴⁶ Sur le 2^{ème} semestre 2005, le nombre d'heures accordées sur la base des factures est de 1 042 103 h alors que celui issu de la requête BO est de 945 351 h, le nombre d'heures réalisées est de 774 851 h. Les écarts sont calculés de la façon suivante : (nombre d'heures accordées – nombre d'heures réalisées) / nombre d'heures accordées. En fonction de la source des données, les écarts ne sont donc pas les mêmes.

celles réalisées. Au niveau du service facturier, les données ne se croisent pas. Ainsi, pour une même personne âgée, des écarts apparaissent sur chaque facture alors que les heures sont toutes réalisées. Seule la comparaison entre les heures des plans d'aide et les heures payées par le Conseil Général permet de constater que dans ce cas, l'écart aperçu au niveau des factures est fictif.

- Les tableaux utilisés pour faire les factures comportent une formule qui multiplie systématiquement par 3 le nombre d'heures accordées par mois pour obtenir le nombre d'heures accordées par trimestre. Les écarts sont calculés à partir de cette dernière donnée. Une durée de prise en charge inférieure à 3 mois ne permet pas d'utiliser la totalité des heures accordées sur un trimestre, ce qui induit des écarts purement « mathématiques ».
- Pour une même personne âgée, le nombre d'heures accordées par mois, mentionné sur la facture du SAD, est différent de celui mentionné sur son plan d'aide. Lors de la facturation, les données entrées ne sont pas correctes.

L'élimination des biais contenus dans les factures permettrait d'avoir des données justes correspondant à la situation en temps réel de la personne âgée. Les écarts alors constatés, même s'ils ne sont pas toujours considérés comme un problème, révéleraient des décalages entre le plan d'aide préconisé et les réponses apportées par les prestataires. Les référents sociaux pourraient en être informés et agir en connaissance de cause.

4.2. Les écarts constatés doivent-ils être réduits ?

Pour les EMS et les SAD, les plans d'aide sont mis en place dans le respect des choix de la personne âgée et/ou de son entourage. La prise en charge des personnes âgées dépend des moyens, des relations humaines et de l'entourage. Il faut prendre en considération les contraintes de fonctionnement des SAD, les capacités d'adaptation de la personne âgée aux aides à domicile mais aussi de l'aide à domicile aux personnes âgées, l'importance du soutien des aidants familiaux. Ainsi, si l'évaluation des besoins permet effectivement d'envisager des réponses adaptées aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne des personnes âgées, elle doit néanmoins être complétée par des informations prises après un certain délai de mise en place du plan d'aide. En effet, les variables identifiées précédemment ne peuvent pas être prises en compte lors de la première visite chez la personne âgée.

Dans un premier temps, il faut donc considérer les écarts entre les heures préconisées et celles réalisées comme le résultat du compromis entre les besoins réels, les attentes de la personne âgée et les réalités du terrain. Il semble indispensable que ces écarts soient autorisés mais cela doit se faire sous certaines conditions. Le suivi des dossiers doit être effectué après un délai significatif de fonctionnement c'est-à-dire après avoir réuni les conditions les plus favorables à une bonne prise en charge. Ce délai ne doit pas excéder 3 mois. L'étape suivante consisterait à effectuer une réévaluation en indiquant précisément les difficultés n'ayant pas permis d'utiliser la totalité des heures accordées et ainsi de justifier les écarts. Cela aurait un double intérêt. D'une part, le réajustement du plan d'aide faisant suite à cette étape permettrait de réduire les écarts dus aux difficultés de mise en place des plans d'aide. D'autre part, la réduction progressive des écarts permettrait de présenter un budget prévisionnel de l'APA à domicile à la baisse et de réaffecter cette économie à d'autres projets d'action. Il est possible qu'une étude économétrique permette de modéliser cette économie budgétaire. Le suivi des dossiers réalisé par les référents sociaux pourrait s'appuyer sur les listes des personnes âgées pour lesquelles on constate des écarts après les trois premiers mois de prise en charge.

4.3. La coordination autour de la personne âgée comme outil d'amélioration du suivi des plans d'aide ?

Les référents sociaux déplorent un manque de moyens ne leur permettant pas de réaliser un suivi satisfaisant des dossiers dont ils ont la charge. Les moyens n'étant pas extensibles, la mise en place d'un système d'informations partagées représenterait un enjeu considérable en terme d'efficacité du suivi de la personne âgée. En effet, le travail de coordination interprofessionnelle est essentiel dans ce secteur où les partenariats existent mais ne sont pas exploités. Du côté des référents sociaux comme du côté des responsables de secteur des SAD, une réelle demande de partage des informations sur les dossiers des personnes âgées est exprimée d'autant plus que les objectifs de qualité de prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie sont communs. Ainsi, les référents sociaux souhaitent être informés des interventions réalisées chez la personne âgée pour vérifier si les objectifs qu'ils ont définis sont bien atteints. Pour leur part, les responsables de secteur en charge de la mise en place des interventions ne peuvent se contenter des arrêtés sur lesquels un nombre global d'heures est indiqué. Ils souhaitent connaître le plan d'aide détaillé.

Sur certains territoires, un outil de travail en commun est déjà mis en place entre certains acteurs, il s'agit d'une fiche de liaison entre les référents sociaux et les responsables de secteur. Les informations échangées sont primordiales à la mise en place rapide et efficace du plan d'aide. Cette méthode de travail semble permettre un suivi de qualité mais elle n'est pas adoptée par tous. Il faudrait formaliser un document où les informations seraient aussi importantes pour les référents sociaux que pour les responsables de secteur c'est-à-dire où chacun trouverait les meilleures conditions pour une prise en charge optimale. Ce travail est actuellement en cours avec la territorialisation des services autonomie et la mise en place des CLIC.

4.4. Quelle place faut-il accorder aux aidants familiaux ?

Les relations qu'entretient l'entourage des personnes âgées avec les référents sociaux, les responsables de secteur et plus directement les aides à domicile doivent contribuer à leur bonne intégration dans la prise en charge de leurs proches. Il est souvent difficile de déléguer aux professionnels le travail qu'effectuaient naturellement les proches, dans ce cas, un sentiment de culpabilité est ressenti car les aidants familiaux ont l'impression de se décharger d'une tâche qu'il leur avait été confiée. Lors de la mise en place du plan d'aide, il ne s'agit pas de les empêcher de s'occuper de leur proche mais de limiter leur trop grande implication.

Il existe une réelle et nécessaire complémentarité entre les activités réalisées par l'entourage et celles des intervenants professionnels. Les avantages de cette complémentarité seront d'autant plus importants si les aidants sont accompagnés dans leur démarche, sans se substituer aux professionnels.

Un travail de réflexion et de concertation a été entrepris par l'Union Nationale des Associations Familiales afin de faire reconnaître le rôle de ces aidants dans la société française. La définition des besoins des aidants fait apparaître les points essentiels à travailler :

- Comprendre et être compris : besoin de soutien psychologique, besoin d'information, besoin de formation.
- Etre remplacé : suppléance, besoin de répit, renfort ponctuel.
- Insertion, protection sociale et professionnelle.

Lors des Etats généraux de la gérontologie mis en place entre juillet 2003 et janvier 2004 par le Conseil Général de l'Isère en partenariat avec l'association « Alertes », des Recueil des *Etudes & Observations* 2006 de l'ODENORE

recommandations ont été formulées concernant l'articulation des rôles et des solidarités, notamment le soutien aux familles et la mise en évidence des complémentarités des professionnels, des bénévoles et des familles. Des initiatives telles que le « café des aidants » existent mais ne sont pas généralisées. Il s'agit principalement de lieux d'écoute.

Bibliographie

Ankri, J. et Henrard, J-C. (2003). « Services des soins de santé : dépenses de soins, efficacité des soins et des actions de santé ». Vieillesse, grand âge et santé publique....

Bellanger, M. et Le Bihan-Youinou, B. (2003). « La mise en oeuvre de l'APA dans 6 départements », Études et résultats DRESS n°264.

Bouchayer, F. (2004). « L'inscription sociale d'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée », Normes et valeurs dans le champ de la santé.

Caradec, V. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.

Cour des comptes, (2005). Synthèse du rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes ».

De Maria, F. et Pépin, P. (2004). Les personnes âgées dépendantes en Essonne, à domicile et en établissements. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

Dupré-Lévêque, D., Scodellaro, C. et Thomas, H. (2005). « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : un enquête qualitative », Études et résultats DRESS n°370.

Frinault, T. (2005). « Du ressortissant-bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine vieillesse », Politiques et management public, vol. 23, n° 2.

Mette, C. (2004). « APA à domicile : une analyse des plans d'aide », Études et résultats DRESS n°293.

Note de présentation du schéma départemental 2006-2010 en faveur des personnes âgées en Isère.

Séguin, P. (2005). Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Compte-rendu n° 7.

Warin, P. et Chauveaud, C. (2005). Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire, ODENORE.

Weber, A. (2005). « L'appréciation de l'APA par ses bénéficiaires ou leurs proches », Etudes et résultats DRESS n°371.

Annexes

Annexe 1 : Liste des bénéficiaires de l'échantillon 3 (rendue anonyme)

Annexe 2 : Trame d'entretien avec les équipes médico-sociales

Annexe 3 : Fonctionnement des EMS

Annexe 4 : Explications des écarts selon les référents sociaux des EMS

Annexe 5 : Trame d'entretien avec les services à domicile

Annexe 6 : Fonctionnement des SAD 1 (réponses des responsables des SAD)

Annexe 7 : Fonctionnement des SAD 2 (réponses des responsables de secteurs et aides à domicile)

Annexe 8 : Explications des écarts selon les responsables des SAD, les responsables de secteur et aides à domiciles.

Annexe 9 : Trame d'entretien avec les personnes âgées

Annexe 10 : Conditions de vie des personnes âgées enquêtées et leur appréciation du plan d'aide

Annexe 11 : Explications des écarts selon les personnes âgées enquêtées

Annexe 12 : Guide d'utilisation de l'évaluation médico-sociale APA

Annexe 1 : Liste des bénéficiaires de l'échantillon 3

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
CHOZEAU	1	01/01/2005	31/03/2007	9,00	27,00	15,00	12,00	44,44
VEYRINS-THUELLIN	1	01/04/2005	31/12/2007	26,00	78,00	57,00	21,00	26,92
LES AVENIERES	1	01/01/2005	31/07/2006	17,00	51,00	29,50	21,50	42,16
FRONTONAS	1	22/04/2005	31/12/2005	22,00	66	47,00	19	28,79
PORCIEU-AMBLAGNIEU	1	01/07/2005	30/04/2008	19,00	57,00	32,50	24,50	42,98
HIERES-SUR-AMBY	1	01/07/2005	31/05/2008	43,00	129,00	87,25	41,75	32,36
LES AVENIERES	1	01/04/2005	31/01/2008	13,00	39,00	15,00	24,00	61,54
PASSINS	1	01/10/2005	31/10/2006	13,00	39,00	24,00	15,00	38,46
LES AVENIERES	1	01/07/2005	30/11/2006	26,00	78,00	54,50	23,50	30,13
PONT DE CHERUY	1	01/07/2005	31/12/2005	17,00	51	36,50	14,5	28,43
HIERES-SUR-AMBY	1	01/01/2005	31/10/2007	30,00	90,00	24,75	65,25	72,50
VILLENEUVE-DE-MARC	2	01/01/2005	31/12/2007	21,50	64,50	41,50	23,00	35,66
CHARANTONNAY	2	01/01/2005	30/06/2007	30,75	92,25	59,75	32,50	35,23
CULIN	2	01/01/2005	31/03/2007	13,00	39,00	12,50	26,50	67,95
SAINT-AGNIN-SUR-BION	2	01/01/2005	31/07/2007	23,00	69,00	23,75	45,25	65,58
VALENCIN	2	01/10/2005	30/09/2008	26,00	78,00	48,00	30,00	38,46
SAINT-QUENTIN-FALLAVIER	2	01/03/2005	28/02/2008	9,00	27,00	16,00	11,00	40,74
SAINTE-ANNE-SUR-GERVONDE	2	01/01/2005	31/07/2006	29,75	89,25	54,00	35,25	39,50
FOUR	2	01/01/2005	31/12/2005	29,50	88,5	63,50	25	28,25
LIEUDIEU	2	30/01/2005	31/01/2008	9,00	27,00	19,50	7,50	27,78
BOURGOIN JALLIEU	2	01/01/2005	31/12/2005	17,00	51	36,00	15	29,41
SAINT-JUST-CHALEYSSIN	2	01/01/2005	31/05/2007	60,92	182,75	87,00	95,75	52,39
SAINT-QUENTIN-FALLAVIER	2	01/07/2005	30/06/2008	17,00	51,00	36,75	14,25	27,94
ECLOSE	2	01/01/2005	28/02/2007	30,00	90,00	64,75	25,25	28,06
LIEUDIEU	2	28/02/2005	31/01/2008	30,00	90,00	44,50	45,50	50,56
VILLEFONTAINE	2	02/06/2005	31/12/2005	22,00	66	24,00	42	63,64
LES EPARRES	2	01/01/2005	30/04/2007	25,00	75,00	39,00	36,00	48,00

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
LES EPARRES	2	04/03/2005	28/02/2008	30,50	91,50	39,00	52,50	57,38
BOURGOIN JALLIEU	2	01/03/2005	31/12/2005	37,00	111	81,50	29,5	26,58
SAINT-MARCELLIN	7	01/01/2005	31/03/2007		51	22	29	56,86
SAINT-MARCELLIN	7	14/03/2005	28/02/2008		52,5	26	26,5	50,48
SAINT-MARCELLIN	7	15/03/2005	29/02/2008		105	44	61	58,10
SAINT-ISMIER	8	01/01/2005	28/02/2007	29,00	87,00	60,00	27,00	31,03
PONTCHARRA	8	01/01/2005	31/08/2007	17,00	51,00	24,00	27,00	52,94
FROGES	8	01/07/2005	31/01/2008	46,15	138,45	65,5	72,95	52,69
ALLEVARD	8	01/04/2005	31/03/2008	31,00	93,00	63,00	30,00	32,26
SAINT-ISMIER	8	01/01/2005	31/08/2006	19,50	58,50	35,50	23,00	39,32
FROGES	8	01/07/2005	31/01/2008	17	51	36	15	29,41
THEYS	8	01/07/2005	30/10/2005	11,9	11,9	4,5	7,4	62,18
LE VERSOUD	8	01/07/2005	31/10/2006	55	165	96	69	41,82
FROGES	8	01/07/2005	31/03/2008	23,39	70,17	30	40,17	57,25
VILLARD-BONNOT	8	01/07/2005	30/09/2008	22	66	27,5	38,5	58,33
BARRAUX	8	01/07/2005	30/06/2006	26	78	56	22	28,21
SAINT-ISMIER	8	01/07/2005	30/06/2008	21,50	64,50	34,00	30,50	47,29
SAINT-ISMIER	8	01/01/2005	31/08/2007	22,00	66,00	44,00	22,00	33,33
SAINT-ISMIER	8	01/04/2005	31/03/2008	26,00	78,00	45,00	33,00	42,31
CROLLES	8	01/05/2005	31/05/2008	10	30	8	22	73,33
SAINT-ISMIER	8	01/04/2005	28/02/2008	26,00	78,00	42,00	36,00	46,15
VILLARD-BONNOT	8	01/07/2005	31/12/2007	13	39	27	12	30,77
FROGES	8	01/07/2005	30/06/2008	26	78	14	64	82,05
ALLEVARD	8	01/01/2005	31/12/2005	16,00	48,00	7,50	40,50	84,38
GONCELIN	8	01/07/2005	31/08/2007	25,66	76,98	28	48,98	63,63
SAINT-MARTIN-D'URIAGE	8	14/01/2005	31/12/2007	26,00	78,00	36,00	42,00	53,85
VAULNAVEYS-LE-HAUT	8	01/01/2005	30/09/2006	48,00	144,00	79,50	64,50	44,79
PONTCHARRA	8	01/01/2005	30/09/2007	10,00	30,00	22,00	8,00	26,67
GONCELIN	8	01/07/2005	30/09/2007	26	78	48	30	38,46
GONCELIN	8	01/07/2005	30/11/2006	9	27	18	9	33,33
CROLLES	8	01/07/2005	30/06/2008	10	30	16	14	46,67
CROLLES	8	01/07/2005	31/08/2007	18	54	36	18	33,33
CROLLES	8	01/07/2005	31/03/2008	13	39	15	24	61,54

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
SAINT-MARTIN-D'URIAGE	8	08/02/2005	31/01/2008	20,00	60,00	29,50	30,50	50,83
VAULNAVEYS-LE-HAUT	8	01/07/2005	30/04/2008	26,00	78,00	38,00	40,00	51,28
LA TERRASSE	8	01/07/2005	31/01/2007	31,74	95,22	66	29,22	30,69
LA CHAPELLE-DU-BARD	8	01/04/2005	31/03/2008	13,00	39,00	9,50	29,50	75,64
PONTCHARRA	8	01/10/2005	31/07/2008	60,00	180,00	62,00	118,00	65,56
GRENOBLE	13	01/07/2005	29/02/2008	9	27	18	9	33,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2006	61,54	184,62	59	125,62	68,04
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	22	66	11	55	83,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	18	54	26	28	51,85
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2007	17,5	52,5	26,5	26	49,52
GRENOBLE	13	25/05/2005	30/04/2008	21,5	64,5	26	38,5	59,69
GRENOBLE	13	01/08/2005	24/08/2008	26	78	38	40	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	22	66	48	18	27,27
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2006	61,54	184,62	74	110,62	59,92
GRENOBLE	13	01/03/2005	31/01/2008	17,5	52,5	36	16,5	31,43
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	44	132	90	42	31,82
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2007	9	27	19	8	29,63
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2007	52	156	49	107	68,59
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2007	13	39	23,5	15,5	39,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2007	17	51	35,5	15,5	30,39
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	27,58	82,74	38	44,74	54,07
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	18	54	36	18	33,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	35	105	67,5	37,5	35,71
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	18	54	30,5	23,5	43,52
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	26	78	26	52	66,67
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	26	78	48	30	38,46
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	61,54	184,62	38	146,62	79,42
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	30,5	91,5	65	26,5	28,96
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	26	78	32	46	58,97
GRENOBLE	13	01/10/2005	31/08/2006	48	144	37	107	74,31
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	17,5	52,5	30	22,5	42,86
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/09/2007	24	72	17	55	76,39

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	18	54	38	16	29,63
GRENOBLE	13	01/10/2005	31/08/2008	31	93	68	25	26,88
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	26	78	51,5	26,5	33,97
GRENOBLE	13	01/10/2005	30/09/2008	26	78	56	22	28,21
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2006	30,77	92,31	42	50,31	54,50
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2006	46	138	32,5	105,5	76,45
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2007	28,9	86,7	46	40,7	46,94
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	44	132	62	70	53,03
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	43,5	130,5	69,5	61	46,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	9	27	16	11	40,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	32	96	29	67	69,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	13	39	13,5	25,5	65,38
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	38	40	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2007	17,32	51,96	18	33,96	65,36
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	30,77	92,31	57	35,31	38,25
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2006	26	78	6	72	92,31
GRENOBLE	13	01/07/2005	29/02/2008	26	78	45,5	32,5	41,67
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	51,36	154,08	56	98,08	63,66
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	46,16	138,48	84,5	53,98	38,98
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	39	117	73,5	43,5	37,18
GRENOBLE	13	01/06/2005	31/05/2008	13	39	25,5	13,5	34,62
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2006	26,46	79,38	44	35,38	44,57
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	61,5	184,5	12,5	172	93,22
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	26	78	42	36	46,15
GRENOBLE	13	01/07/2005	29/02/2008	52	156	75,5	80,5	51,60
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2006	45,5	136,5	73,5	63	46,15
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2007	18	54	14	40	74,07
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	30	90	42	48	53,33
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	30,5	91,5	60	31,5	34,43
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	44,28	132,84	61	71,84	54,08
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	17,5	52,5	34,5	18	34,29
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2006	9	27	13	14	51,85

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/09/2006	13	39	12	27	69,23
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	30,5	91,5	50	41,5	45,36
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2007	15,15	45,45	16,5	28,95	63,70
GRENOBLE	13	01/05/2005	30/04/2008	28	84	22	62	73,81
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	17	51	25	26	50,98
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	17,5	52,5	33,75	18,75	35,71
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	17	51	20	31	60,78
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	30,77	92,31	24,5	67,81	73,46
GRENOBLE	13	25/04/2005	03/04/2008	22	66	44,5	21,5	32,58
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	30,5	91,5	38	53,5	58,47
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	17,5	52,5	8	44,5	84,76
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	43	129	48	81	62,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/09/2007	26	78	46	32	41,03
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	31	93	48,5	44,5	47,85
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2007	23	69	50	19	27,54
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/11/2007	18	54	29	25	46,30
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	55,5	22,5	28,85
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	26	78	44	34	43,59
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	9	27	17,5	9,5	35,19
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	44,25	33,75	43,27
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2007	35	105	43,5	61,5	58,57
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	26	78	47,5	30,5	39,10
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2006	26	78	39	39	50,00
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	17,5	52,5	11,5	41	78,10
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	26	78	29	49	62,82
GRENOBLE	13	01/06/2005	30/06/2008	26	78	11	67	85,90
GRENOBLE	13	01/07/2005	28/02/2007	26	78	55	23	29,49
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/10/2006	33,02	99,06	71	28,06	28,33
GRENOBLE	13	01/06/2005	31/05/2008	26	78	41,5	36,5	46,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	30	90	37	53	58,89
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	61,5	184,5	136,5	48	26,02
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2008	30,5	91,5	55	36,5	39,89

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2005	46	138	99,5	38,5	27,90
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2008	19,5	58,5	28,5	30	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	41,5	124,5	58,5	66	53,01
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2006	46	138	55	83	60,14
GRENOBLE	13	01/04/2005	31/08/2007	26	78	24	54	69,23
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2008	61	183	65	118	64,48
GRENOBLE	13	01/10/2005	31/12/2005	18	54	32	22	40,74
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/07/2006	54	162	69	93	57,41
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/04/2008	26	78	49,5	28,5	36,54
GRENOBLE	13	27/05/2005	31/05/2006	31	93	64	29	31,18
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/01/2007	17,32	51,96	22	29,96	57,66
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2007	26	78	32	46	58,97
GRENOBLE	13	01/07/2005	30/06/2006	41,5	124,5	65	59,5	47,79
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/03/2007	9	27	15	12	44,44
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/08/2007	26	78	38	40	51,28
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/12/2006	18	54	24	30	55,56
GRENOBLE	13	01/07/2005	31/05/2008	26	78	56,5	21,5	27,56
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	28/02/07	17,00	51	37,5	13,5	26,47
ECHIROLLES	15	01/05/2005	30/04/2008	26	78	49,5	28,5	36,54
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	06/03/05	28/02/08	17,00	51	34	17	33,33
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/08/2007	18	54	30	24	44,44
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/09/2006	25	75	46	29	38,67
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2007	17	51	34,5	16,5	32,35
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	30/11/06	17,00	51	24	27	52,94
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/11/2007	18	54	36	18	33,33
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2007	21	63	18	45	71,43
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	09/02/05	31/01/08	30,00	90	24	66	73,33
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	06/06/05	30/06/08	17,00	51	34	17	33,33
ECHIROLLES	15	01/10/2005	30/04/2008	26	78	52	26	33,33
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/10/05	30/09/08	53,75	161,25	81,5	79,75	49,46
EYBENS	15	01/07/2005	30/06/2007	13	39	24	15	38,46
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	25/01/05	31/01/08	22,00	66	26	40	60,61

Commune de résidence	N°terr.	Dates accord APA		Nb H/mois acc.	Nb H/trim. Acc.	Nb H/trim. Réal.	Ecart acc./réal.	
		début	fin				en H	en %
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2007	17,5	52,5	22,5	30	57,14
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/05/2007	9	27	18	9	33,33
ECHIROLLES	15	01/07/2005	28/02/2007	26	78	42	36	46,15
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/01/2007	30,5	91,5	35,5	56	61,20
GIERES	15	01/07/2005	29/02/2008	35	105	72	33	31,43
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/10/2007	15,5	46,5	33	13,5	29,03
GIERES	15	01/07/2005	31/12/2007	59	177	126	51	28,81
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/12/07	17,00	51	24	27	52,94
GIERES	15	01/07/2005	31/03/2008	22	66	48	18	27,27
GIERES	15	01/07/2005	31/08/2007	30	90	47	43	47,78
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/05/07	30,00	90	46	44	48,89
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/01/2006	35	105	41	64	60,95
ECHIROLLES	15	01/07/2005	28/02/2008	18	54	26	28	51,85
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/07/07	26,00	78	48	30	38,46
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	28/02/07	17,00	51	16	35	68,63
ECHIROLLES	15	01/10/2005	31/08/2008	30,5	91,5	32	59,5	65,03
EYBENS	15	01/07/2005	31/07/2007	17	51	33,5	17,5	34,31
ECHIROLLES	15	01/10/2005	30/09/2008	56,5	169,5	70	99,5	58,70
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/05/05	30/04/08	25,00	75	46	29	38,67
EYBENS	15	01/07/2005	30/04/2006	39	117	40	77	65,81
ECHIROLLES	15	01/07/2005	28/02/2006	10	30	19	11	36,67
SAINT-MARTIN-D'HERES	15	01/01/05	31/10/07	26,00	78	54	24	30,77
ECHIROLLES	15	01/10/2005	28/02/2007	26	78	50	28	35,90
ECHIROLLES	15	01/07/2005	30/04/2008	35	105	25	80	76,19
GIERES	15	01/07/2005	30/09/2006	17	51	18	33	64,71
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/03/2008	9	27	13,5	13,5	50,00
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/12/2007	18	54	32	22	40,74
ECHIROLLES	15	01/07/2005	31/03/2008	18	54	36	18	33,33

Annexe 2 : Trame d'entretien pour les rencontres avec les EMS 28/03/2006

Introduction

- ⇒ Rappeler l'objet de l'étude

Reprendre brièvement la méthode employée :

- ⇒ Examen des factures des SAD conventionnés (5, les citer)
- ⇒ Critères retenus pour l'échantillon : les citer (cf note explicative)
- ⇒ 5 EMS et 6 territoires (les citer)
- ⇒ Examen du listing par les EMS
 - T1 Portes des Alpes T2 Le Haut Rhône Dauphinois } à choisir entre 30 personnes
 - T7 Sud Grésivaudan } 3 personnes
 - T8 Grésivandan } 33 personnes
 - T13 Grenoble } 108 personnes
 - T15 Couronne du Sud Grenoblois } 43 personnes

En tout 217 personnes concernées

Discussion

(Libre, mais guidée et recentrée quand il le faut)

- ⇒ Expliquez nous votre méthode de sélection, comment définissez vous les situations « types » ? Sont-elles typiques par rapport aux caractéristiques sociales des personnes, ou par rapport aux raisons, aux explications des écarts ?
- ⇒ Cerner les explications qu'elles donnent des écarts constatés.
- ⇒ Depuis la mise en place du dispositif APA en 2002, avez-vous remarqué une évolution des profils des personnes n'ayant pas recours aux heures préconisées dans les plans d'aide en partie ou en totalité ?
- ⇒ A partir de cet examen et des explications données, creuser le fonctionnement des EMS :
 - leur public,
 - leur territoire,
 - le nombre de personnes dans l'EMS,
 - l'élaboration du plan d'aide, les relations EMS / SAD / PA / entourage de la PA. Se fait-il individuellement, collectivement ?
 - L'analyse des besoins : comment vous vous y prenez ? Est-ce satisfaisant pour vous, et pour la PA ? Si non, quelle amélioration peut-on y apporter ?
 - Qui contacte le SAD ?
- ⇒ La non utilisation du total du PA est-elle, selon vous, un problème ? En quoi ?

Noter les divergences de points de vue.

Suite : Rencontres avec les SAD concernés par les dossiers retenus, rencontres avec les PA (seules ou avec un proche).

Annexe 3 : Entretiens avec les référents sociaux des EMS

PA : Personne âgée, RS : Référent social

	N/S grenoblois	Grésivaudan	HRD et PA	Grenoble	Sud Grésivaudan
Public	Pour les personnes âgées d'origine maghrébine, l'aidant familial est davantage sollicité (culture et source de revenus pour les enfants au chômage)	Très varié, rural+petites villes. Une rive plus aisée que l'autre. Des personnes liées au patrimoine industriel du lieu (migrations italiennes, maghrébines et portugaises dans les papeteries). Quête affective pour certains, peur bleue de voir des personnes extérieures chez soi.	Personnes âgées à faible revenu, TM peu important < 40%. Population ouvrière de milieu rural. Beaucoup d'aidants familiaux avec une cellule familiale très présente. Peu de personnes isolées.	Concentration de situations et de contextes difficiles. Beaucoup de cas lourds à domicile liés à la proximité de l'hôpital. Migrants âgés avec des difficultés particulières de prise en charge (différences de cultures et d'habitudes).	Situation urbaine où les personnes âgées sont isolées sauf pour une proportion d'immigrés prise en charge par leur famille. Une enquête de la MSA indique que la moitié des bénéficiaires de l'APA et relevant de la MSA habitent dans la même maison que l'aidant familial ou une maison mitoyenne.
Travail des référents sociaux	Trop de dossiers à gérer, 10 nouveaux dossiers/mois	Frustration due à l'écart entre ce qui serait bien pour la PA et ce qu'elle peut se payer. Les RS ont conscience que le suivi de tous les dossiers n'est pas possible, ce qui permet une certaine souplesse dans le plan d'aide (surévaluation) car elles "ne voient pas le mal, le CG ne paye pas de toute façon".	Disponibilité limitée des RS, pas de révision, pas assez de moyens.	Les assistantes sociales en charge des dossiers APA de Grenoble s'occupent également d'autres dossiers (logement, enfance, famille), elles ont moins de dossiers APA, sont plus proches des PA, plus sollicités et les suivis sont plus difficiles.	Dépend du secteur géographique, du nombre de dossiers en charge, de l'ancienneté des référents sociaux d'où des modes d'organisation ainsi que des suivis différents.
Analyse des besoins	L'évaluation des besoins n'est pas toujours satisfaisante car on ne connaît pas la personne qui va intervenir, va-t-elle vraiment favoriser l'autonomie et utiliser tout le temps imparti dans cet objectif?	Satisfaisante s'il y avait la possibilité de faire de réajustements après un premier fonctionnement de 2 ou 3 mois. Donc avoir plus de moyens, l'arrivée des chefs autonomie est d'ailleurs un signe de moyen supplémentaire, mais ce n'est pas suffisant.	(Lors de l'entretien, les RS n'ont pas eu le temps de répondre à cette question)	Au départ, un déficit est évalué et des tâches précises à certaines heures sont préconisées pour répondre au mieux aux besoins identifiés. Or, sur les arrêtés, le nombre d'heures est globalisé et c'est sur ce document que se base le SAD pour intervenir.	Elle ne s'appuie pas uniquement sur la PA mais également sur la famille, les personnes intervenant déjà chez la PA. Il y a une tendance à surévaluer en anticipation de situations qui se dégraderaient ou sous la pression de la famille qui demande à bénéficier du maximum pour être soulagée. Dans ce dernier cas, la négociation entre la PA qui n'exprime pas la nécessité d'être aidée et la famille qui veut un soutien est difficile.

	N/S grenoblois	Grésivaudan	HRD et PA	Grenoble	Sud Grésivaudan
Plan d'aide	"Surévaluer les heures pour aller de l'avant", pour prévenir la rupture de l'aidant familial. Dans le compromis en cas d'hésitation de la PA. Les besoins sont là, il y a un réajustement mais pas de révision, "on s'en accommode". Il y a peu de révisions à la baisse. Une certaine latitude est permise car il n'y a pas de conséquence financière ni pour la PA, ni pour le CG qui ne paye que les heures réalisées.	A l'arrivée, le plan d'aide ne correspond pas forcément aux besoins évalués au départ, il est mis en place en fonction des moyens, des relations humaines, de la famille. Une RS propose de ramener le plan sur un an, ce qui permettrait selon elle d'augmenter le nombre de visites.	Les plans ont du mal à se mettre en place, c'est transitoire mais indispensable quand on travaille avec des personnes. Les PA ne sont souvent pas prêtes ou ont des problèmes comportementaux. Une RS dit que le plan d'aide n'est pas adapté aux réels besoins car il s'agit d'un travail social, il faut s'adapter à la personne avant tout.	Les premiers plans d'aide sont souvent faits dans l'urgence pour sécuriser la famille mais après sa mise en place, la famille étant rassurée, la demande n'est pas aussi importante qu'au départ. Les plans d'aide ne sont pas surévalués mais évalués correctement puis adaptés.	Le plan d'aide n'est pas idéal car le suivi des dossiers et les rencontres avec les partenaires sont insuffisants. Le médecin regrette que les plans d'aide APA soient peu flexibles par rapport au rythme de vie des personnes ayant des activités.
Relations avec les SAD	On ne connaît pas la personne qui va intervenir, va-t-elle vraiment favoriser l'autonomie et utiliser tout le temps imparti dans cet objectif?	Les coordinations se font avec les SAD mais pas au moment des visites chez les PA. Il serait souhaitable que les SAD fassent remonter les problèmes de certaines PA aux RS. Les SAD sont souvent obligés de s'adapter aux besoins: certains font des petites interventions d'une 1/2 h 3 fois/jour au lieu de 1h30 1 fois /jour. Ils ont des limites liées à leur fonctionnement, différents selon les chefs de secteur et le personnel employé. Les tranches horaires sont variables mais la continuité 7j/7 est difficile.	Il y a une manque de souplesse des associations. Notion de tri des aides à domicile par les PA.	Sur certains secteurs de Grenoble, manque de personnel d'aide à domicile notamment à Teisseire. Les SAD n'interviennent pas en deçà d'un certain nombre d'heures par intervention, soit la PA accepte soit elle refuse et c'est dans ce dernier cas qu'on observe des écarts. Les RS connaissent très bien les possibilités d'intervention des SAD en fonction des secteurs. L'ADPA est associé dès le départ au plan d'aide.	Travail des RS basé sur un partenariat avec les SAD "plus on les contacte, plus ils nous connaissent, plus ils nous appellent". La nécessité de formaliser les contacts est soulignée. Des échanges informels et une entente sur les besoins de la PA existent mais il n'y a aucune trace écrite. Dans certains cas difficiles, une visite commune avec le SAD retenu a lieu. Les RS parlent du CCAS comme d'une association sur qui compter, intervenant par 1/2h et le WE. Elles déplorent malgré tout un manque de qualification des aides à domicile.
Non utilisation, un problème?	Pas réellement	Oui pour certaines: l'évaluation n'est pas juste. Non pour d'autres: le réajustement, la réactualisation est indispensable. L'évaluation est faite sur un temps trop court mais cela ouvre une souplesse pour d'autres.	(Lors de l'entretien, les RS n'ont pas eu le temps de répondre à cette question)	Oui car la réponse est partielle. Soit il y a un dysfonctionnement après accord (problème relationnel notamment) et on accepte que le plan ne soit pas effectif. Soit, il y a une surévaluation. Dans les 2 cas, cela représente un problème puisque les besoins sont toujours là mais ne sont pas satisfaits.	Non parce qu'il n'y a pas de dépenses.

Annexe 4 : Explications des écarts selon les référents sociaux des EMS

Motifs		N/S Gren.	Grés.	HRD et PA	Gren.*	Sud Grés.	Total	
							Nb	%
Personne âgée	Amélioration de l'état de santé d'où moins d'h nécessaires	1	1	2			4	3,08
	Absence: convenance personnelle, hospitalisation, oubli, RDV médicaux	2	1	3	6	1	13	10,00
	Refus de l'aide parce que déni de la dépendance	1					1	0,77
	Refus de l'aide parce que ne veut pas de personne extérieure dans sa maison					1	1	0,77
	Ne veut qu'une seule aide à domicile (refus de remplacement)	5		1	3		9	6,92
	Caractère difficile d'où difficultés d'intervention	1			7		8	6,15
	Ne s'entend pas avec l'aide à domicile			4	1		5	3,85
	Accueil temporaire			1			1	0,77
	Contexte social difficile (isolement et précarité)					1	1	0,77
	Etat de santé variable					1	1	0,77
	Décédé lors du 1er mois du plan d'aide				1		1	0,77
	Pathologie rend intervention difficile				2		2	1,54
	En phase d'opposition		1		1		2	1,54
	A supprimé de son propre chef (sans explication)				1		1	0,77
	Etat de santé aggravé et prise en charge réorganisée par la famille		1				1	0,77
Ne veut pas autant/ veut moins que ce qui est préconisé	2		7	3		12	9,23	
sous-total							48,46	
Famille	Intervention de la famille supérieure à celle prise en compte lors de l'évaluation		2	1	2		5	3,85
	Refuse l'aide et intervient	1			1		2	1,54
	A du mal à déléguer				1	1	2	1,54
	Arrêt de la prise en charge à la demande de la famille et solution de l'aidant familial préférée	1					1	0,77
	Relais de la fille enseignante pendant les vacances scolaires		1				1	0,77
	Abus des services par le fils	1					1	0,77
	sous-total							9,23

Motifs		N/S Gren.	Grés.	HRD et PA	Gren.*	Sud Grés.	Total	
							Nb	%
Prestataire	Deux prestataires d'où erreur dans les factures	10		2		1	13	10,00
	Intervention en fonction des disponibilités de l'aide à domicile			1			1	0,77
	Ne peut pas intervenir plus/manque de personnel			4			4	3,08
	Ne peut pas intervenir "à la demande"			1			1	0,77
	Forfait inadapté/mauvaise gestion des plannings	1					1	0,77
	Aide à domicile non remplacée				1		1	0,77
	Ne peut pas intervenir plus/personnel non qualifié pour les soins à la personne	1		1			2	1,54
sous-total							17,69	
Plan d'aide	Relais service de soins non prévu au départ	1		1			2	1,54
	Difficulté d'adaptation des interventions SAD et aidant familial			1			1	0,77
	Prise en compte de l'état de santé variable du fils cohabitant dans le plan d'aide			1			1	0,77
sous-total							3,08	
Couple	Conjoint a du mal à déléguer			3			3	2,31
	Chaque conjoint a un plan d'aide mais les interventions sont communes	1					1	0,77
	Conjoint décédé, augmentation des heures mais non réalisées	1					1	0,77
sous-total							3,85	
Gré à gré	Intervention du prestataire qu'en cas d'absence du gré à gré	1	1				2	1,54
	Combinaison des interventions gré à gré et prestataire		1				1	0,77
sous-total							2,31	
TM	Trop élevé	1			1		2	1,54
Autre	PA dans logement collectif avec des heures mutualisées et des heures individualisées d'où erreur dans les factures				4		4	3,08
Autre	Suspension des interventions pour cause de paiement au prestataire en retard				1		1	0,77
Aucune explication dans le dossier		5	2	1	3		11	8,46
Erreur: plan d'aide semble être correctement réalisé		2					2	1,54
Nombre total des explications données		39	11	35	39	6	130	
Nombre de dossiers retenus pour l'étude		43	33	30	108	3	217	
Nombre de dossiers étudiés par EMS		36	11	30	36	3	116	

Annexe 5 : Trame d'entretien pour les rencontres avec les SAD

28/03/2006

Mieux connaître votre structure

- ⇒ Localisation et secteur d'intervention : urbain, rural... et quels types d'aide (tâches domestiques, à la personne...)
- ⇒ Personnel : nombre de salarié(e)s, bénévoles, hommes, femmes, moyenne d'âges, profil des personnes...Relation salariés et bénévoles. Croissance d'activité ou pas ? croissance d'emplois ou pas ?
- ⇒ Fonctionnement : autonomie ou mise en réseau de structures, mensualisation des salariés ou paiement aux heures effectuées, recrutement du personnel difficile ou pas...
- ⇒ Environnement : autres structures, SAD, CCAS, associations intervenants sur le même secteur, et relations, partages de l'offre de services avec elles.
- ⇒ Formation du personnel et reconnaissance du métier : que proposez vous, quelle est la demande ?
- ⇒ Tarification de référence unique : leur avis ?
- ⇒ Relation avec les EMS et les référents sociaux : Comment se fait cette relation ? Le SAD a-t-il connaissance du Plan d'Aide ?
- ⇒ Relation avec la PA et sa famille : Comment se fait elle ?

Votre conception du métier : entre tâches domestiques, activités relationnelles, aides à la personnes...). Evolution de cette conception. Reconnaissance du métier.

Discussion sur les dossiers sélectionnés

Quelques dossiers ont été sélectionnés par les EMS. Ils ont tous un nombre d'heures d'aide non utilisées par la PA sur le dernier semestre 2005.

Pouvez-vous nous donner votre avis et les raisons possibles pour vous de la non utilisation d'une partie plus ou moins grande des heures du Plan d'Aide associés à l'APA ?

Nous avons posé la même question aux Equipes Médico-Sociales, ainsi que prochainement aux personnes âgées directement.

Annexe 6 : Entretiens avec les responsables des SAD

PA : Personne âgée, RS : Référent social

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Localisation par secteur d'intervention	Echirolles. Grenoble est divisé en 16 secteurs avec 16 responsables de secteur pour être au plus proche des PA et des travailleurs sociaux.	Bourgoin-Jallieu. 5 secteur d'intervention: BJ1, BJ2, Saint clair de la Tour, Sud et Nord.	Saint Martin le Vinoux. Interventions sur tout l'Isère.	SMH. Interventions sur les 3 secteurs de la commune dotés chacun d'un responsable.	St Marcellin. Interventions sur la commune et sur les communes environnantes sur demande des mairies.
Type d'aides	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)	Principalement des aides ménagères et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas) par des personnes diplômées uniquement.	Aide ménagère et aide à la personne (soins, toilette, aide au repas)
Personnel	1000 salariés dont 900 aides à domicile (majoritairement des femmes). Les responsables de secteur sont salariés de l'association ou des communes (mis à disposition), ils ont en charge le management du personnel, l'organisation et la validation du travail, le soutien aux aides à domicile. Age moyen de 40 ans. 20% du personnel est qualifié.	330 salariés dont 280 aides à domicile dont 99% de femmes. Les responsables de secteur sont des conseillères en économie sociale et familiale. L'association emploie des aides soignantes, infirmières et un ergothérapeute.	1600 salariés aides à domicile de niveau professionnel différents (30% du personnel est classé en catégories B et C*) dont 99% sont des femmes et 1350 bénévoles actifs. Age moyen de 47 ans et ancienneté moyenne de 8 ans.	45 aides à domicile, des femmes dont âge moyen est entre 30 et 40 ans.	40 salariées dont 11 diplômés d'Etat (6 auxiliaire de vie). Age moyen de 45/50 ans. Les dernières recrutées ont le BEP sanitaire et social.

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Formation du personnel	Réunion de coordination, concertation sur les cas difficiles chaque mois. Groupes de paroles avec un psychologue sur 6 mois (1fois/mois). 5 jours de formation pour les nouvelles embauchées. Stages de formation proposés sur les différentes thématiques touchant aux PA: dos au quotidien, démences et maladie d'Alzheimer, accompagnement de fin de vie...	Difficultés pour trouver les financements du plan de formation 2006 qui doit atteindre les chiffres: 68% d'agents à domicile, 17% d'employé à domicile, 15% d'auxiliaire de vie sociale. Réunion mensuelle sur des thématiques diverses de 2h pour favoriser l'esprit d'équipe. Echanges fréquents entre les responsables de secteur et les aides à domicile.	Les bénévoles recueillent les demandes des aides à domicile, un catalogue de formation est proposé aux salariés et aux bénévoles, de nombreux thèmes sont proposés.	En 2004/2005, à la demande des aides à domicile, des modules sur les gestes et postures, sur les personnes alcoolisées, sur les maladies psychiatriques sont proposés, la formation à l'AFPS aussi. Des réunions d'équipe (régulation, discussion, échange) chaque mois. En 2005, 10 en formation DEAVS et 10 actuellement. Certaines ont le CAFAD et d'autres le BEP sanitaire et social.	Formation avec une surveillante de l'hôpital de St Marcellin (hygiène, alimentation, dépression, accompagnement de fin de vie). Adhésion à ALMA et Isère Alzheimer. Formation sur les gestes et posture et les aides à la personne. Demande de formation recensées lors d'entretiens annuels.
Conception du métier	Favoriser l'autonomie. Dans l'aide à la personne, il y a forcément du relationnel. Il faut être attentif, rebondir sur ce que peut dire la PA, discuter tout en travaillant. On ne peut pas différencier ces dimensions. Ce travail doit se faire tout en finesse, c'est difficile parce que les aides à domicile n'ont pas toutes les savoir-faire et les savoir-être nécessaires.	Il faut respecter le souhait de la PA, la stimuler.	Triangle d'or : * l'intervenante, professionnelle qui réalise l'intervention et crée le contact humain fait d'écoute et de confiance. * le bénévole, animateur et employeur, à la fois porteur de la demande des personnes et du souci de répondre au mieux à cette demande. * le client -adhérent en attente de service impliqué par le projet ADMR d'intégration sociale.	Le travail est très difficile et use les personnes.	Des interventions d'une 1/2h sont possibles car l'accent est mis sur le respect de la vie des PA parce qu'on intervient à leur domicile. On doit adapter le travail de l'aide à domicile à la personnes et non à ses disponibilités.

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Reconnaissance du métier	Reconnaissance depuis peu. On perçoit encore les aides à domicile uniquement comme des femmes de ménage, c'est restreint. Il est nécessaire de valoriser leur travail et de les accompagner.	Les aides à domicile sont souvent traitées comme des femmes de ménage et elles sont frustrées de ne pas pouvoir exercer tout le temps l'ensemble de leurs compétences. Le métier n'est pas valorisé au niveau de la conscience collective.	Le métier est dévalorisé, pas attirant. Une démarche de valorisation est en cours avec des formations, des reconversions professionnelles, la défense de la profession est à faire avec notamment un travail de fond.		Les mentalités ont bien évoluées et il y a une bonne connaissance des missions de l'aide à domicile. Il reste encore du chemin à faire mais on a déjà bien avancé sur la reconnaissance du métier. Conditions de travail reconnues précaires.
Fonctionnement	Autonome. Une équipe (responsable de secteur+aides à domicile) par secteur. Travail en partenariat avec ESP38 (plate-forme de service pour le recrutement des aides à domicile). Difficultés de remplacement des aides à domicile en congés avec une priorité aux PA nécessitant des aides à la personne. Difficultés à recruter du personnel qualifié. Annualisation du temps de travail.	Autonome. Un système informatique a été mis en place depuis 4 ans et permet une bonne gestion des plannings et un respect des plans d'aide. Recrutement à partir d'entretiens collectifs (diffusion d'un film sur le métier et discussion), d'épreuves écrites et orales, en collaboration avec l'ANPE. Difficultés pour recruter des personnes qualifiées. Modulation du temps de travail sur l'année.	Fédération d'associations ADMR. Le directeur emploie uniquement le personnel administratif et le président le personnel de service, ce qui pose un problème de gestion. Le bénévole gère les ressources humaines et cela a une incidence sur les plannings qui était jusqu'à présent faits "à la gomme et au crayon". Aujourd'hui on procède à une informatisation. Il s'agit d'une adaptation en continu d'une articulation argent/volonté/projet. Les bénévoles apportent les factures au domicile des PA et vérifient la qualité des prestations. Les salariés sont payés aux heures effectuées mais annualisation en cours. Recrutement difficile parce que le secteur n'est pas attirant. On parle de client/adhérent plutôt que d'usager, bénéficiaire ou allocataire captif ou encore personne aidée parce que ces expressions sont connotées.	Autonome. Un responsable par secteur (3 à SMH), Salariés mensualisés avec un lissage sur le trimestre ou payés aux heures effectuées uniquement pour les nouvelles aides à domicile pour lesquels un contrôle de la qualité des interventions est réalisé. Selon la volonté des responsables, les salariés ne sont pas aux 35h (travail difficile). SAD en pleine restructuration. Aucun problème pour recruter (candidatures chaque jour).	Autonome. CCAS doté d'une capacité d'adaptation avec un lissage des heures en fonction des hospitalisations et améliorations de l'état de santé grâce à un partenariat avec les services sociaux et les soignants de l'hôpital (pénurie d'IDE). Mensualisation des salariés ou paiement au heures effectuées pour les nouvelles. Contrat correspondant à la demande des salariés. Recrutement difficile parce que le travail n'est pas attirant, mal rémunéré et nécessite d'avoir un véhicule.
Croissance	Entre 2004 et 2005 : -7,69% de personnes aidées mais +2,79% d'heures réalisées	Entre 2003 et 2004, l'activité a presque doublé mais en 2005, elle a diminué. Pas d'augmentation du nombre de salariés mais en 3 ans, 70h/mois à 110h/mois.	Forte croissance de 8%.	En 2005, croissance d'activité de 9%, croissance d'emplois et augmentation du nombre d'heures de travail par personne.	Entre 2000 et 2005, croissance de 16000 à 43000h et de 16 à 42 emplois.

	ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
Environnement	Collaboration avec les SAD qui portent les mêmes valeurs. Sur Grenoble, coordination avec les autres services à domicile. L'objectif n'est pas de prendre des parts de marché mais de répondre aux besoins des PA.	75% des membres de l'AG représentent les communes, le lien politique est fort. Le service prestataire est à leur disposition pour mener à bien leurs politiques sociales. "Il est inutile de concurrencer ses partenaires, d'autant plus qu'on couvre tout le territoire. Le plus important, c'est la constitution de réseau".	Il y avait des relations avec l'ADPA avec des échanges périodiques sur les bilans qui permettaient de former un sorte de groupe de pression politique, il n'y en a plus depuis 2002/2003.	En cas de besoin et si la problématique de prise en charge est connue des SAD, la communication se fait et ça se passe bien.	Seules l'ADMR et la petite association ANNA interviennent aussi sur St Marcellin. Les relations sont bonnes mais il a été clairement dit par les responsables de l'ADMR qu'ils entraînent en concurrence directe avec le CCAS. Les PA se tournent principalement vers le CCAS mais ça peut évoluer.
Relation avec les EMS	Il devrait y avoir une formalisation de projets de vie à partir des plans d'aide basée sur un partage des informations avec les RS.	Voir Annexe 7		Avec les RS, on participe activement à l'élaboration du plan d'aide grâce à une très bonne connaissance du public.	Partenariat assez rapproché, informations transmises par mails. En cas d'hospitalisation ou de sortie, un point est fait avec la RS.
Relation avec la PA et sa famille	Le responsable de secteur se rend chez la PA pour repérer l'environnement, les détails de la vie quotidienne à prendre en considération pour respecter le rythme de vie de la PA. La présence de la famille est prise en compte.	Voir Annexe 7		"Il existe une habitude à dialoguer, les gens viennent et nous sollicitent même si c'est pour râler, ils n'ont pas une idée du maire intouchable".	Un contrat individualisé est effectué avec la PA . Un temps d'écoute est consacré aux familles dans la limite des compétences. SAD partenaire du groupe d'aide aux aidants.

* Catégories d'aide à domicile: A agent à domicile, B employé à domicile, C auxiliaire de vie sociale

Annexe 7 : Entretiens avec les responsables de secteur des SAD

PA : Personne âgée, RS : Référent social

	ADPA Bourgoin-Jallieu (BJ)	ADMR Isère
Relation avec les EMS	<p>Cadres de secteurs de BJ1 et 2 : Très bons rapports avec les RS du CCAS de BJ avec des contacts quotidiens. Fiche de liaison détaillée pour échanger les informations sur la PA. Réunion tous les 2 mois pour parler de tous les dossiers. Ailleurs, c'est un peu plus difficile parce qu'on est pas informé et on est moins sollicité "ça colle moins bien". Les informations sont alors incomplètes, communiquées par fax ou par téléphone. Cadres de secteur de Villefontaine : Avec une RS, il y a beaucoup de contacts, des explications sont données et tout est clair. Elle appelle après sa visite pour en discuter avec les cadres de secteur et explique ce qu'elle entrevoit. En général, on met en place ce qui est demandé mais il arrive qu'on ne connaisse pas le plan d'aide parce que la PA ne pensent pas à nous le donner. Un travail avec la RS peut permettre d'anticiper la prise en charge. On a besoin des informations du CG pour bien travailler, sinon, on tâtonne. Il n'y a pas de lien-type, ça dépend vraiment des dossiers. La relation avec la RS tient vraiment à la connaissance de notre rôle et au contact qu'on a eu avec elle.</p>	<p>Accompagnant de proximité 1: Les bénévoles ne sont plus assez associés à la conception des plans d'aide. Ils ne sont pas des professionnels mais ils sont compétents, or ces compétences qui ne sont pas reconnues par les RS. "Plus on se trouve des affinités, mieux la relation avec la RS se passe". Tout se passe au bon vouloir des gens. Il n'y a pas de commande du CG pour un suivi des interventions, il faudrait des écrits. Quand il y a un problème avec la famille, on demande la plan d'aide au RS pour connaître les objectifs de la prise en charge. Accompagnant de proximité 2 : Les bénévoles semblent satisfaits de la relation avec le RS. Quand l'aide à domicile constate un problème, elle alerte le responsable qui prend contact avec le RS. Partenariat qui se passe bien et qui ne tient pas aux relations personnelles. Par contre, le RS ne se saisit pas des coordonnées des accompagnateurs de proximité, sur chaque territoire, le bénévole est appelé en 1er et le professionnel est shunté.</p>
Relation avec la PA et sa famille	<p>Pour la PA, il y a souvent une confusion entre les interlocuteurs. La PA se retourne vers la personne qui est venue chez elle. Une visite a lieu après celle de la RS du CG pour vérifier si l'offre proposée correspond aux besoins, pour repérer l'environnement. On s'aperçoit que la famille est d'autant plus présente que la personne bénéficie de l'APA, plus dépendante. Quand il y a des problèmes familiaux, les relations s'en ressentissent. Il y a des personnes trop présentes ou encore trop absentes. Dans l'ensemble, c'est assez positif et les relations avec la famille sont importantes. On prévient la famille en cas de problème. La relation avec la famille dépend du besoins de nous interpellier et de la capacité de la PA à communiquer.</p>	<p>Les bénévoles sont proches des PA, ils leur rendent visite pour s'assurer que les besoins sont satisfaits.</p>
Conception du métier	<p>L'aide à domicile consiste avant tout en une aide à la personne, la PA doit être présente quand l'intervention a lieu.</p>	

Annexe 8 : Explications des écarts selon les responsables des SAD, les responsables de secteur et les aides à domicile

PA : Personne âgée, RS : Référent social

ADPA Grenoble	ADPA Bourgoin-Jallieu	ADMR Isère	CCAS SMH	CCAS St Marcellin
<p>Il y a un souci de réévaluation. Souvent, il y a des décalages entre ce qui est prévu et ce qui est effectivement mis en place et cela peut-être dû simplement à une amélioration de l'état de santé de la PA. Il existe des délais de mise en place de l'aide et des décalages dus à des changements après accord (diminution à la demande de la PA ou de la famille). On doit rechercher un équilibre entre la réponse aux besoins, la demande exprimée par la PA. Celle-ci doit également comprendre que le personnel ne peut pas toujours être le même.</p>	<p>Un système informatique a été mis en place depuis 4 ans et permet une bonne gestion des plannings et un respect des plans d'aide. Toutes les interventions sont réalisées mais cela représente un inconvénient pour les PA puisque les remplacements sont plus fréquents et ce n'est pas ce qu'elles souhaitent.</p>	<p>Refus des remplacements des aides à domicile fidélisées. Dans certains cas, les PA ont trop d'heures notamment chez les couples ayant une même aide à domicile avec des heures pour les 2 conjoints ou quand le conjoint aide la PA bénéficiaire. Les surévaluations restent à la marge, les écarts sont dus aux absences pour hospitalisation, accueil dans la famille...Déficit d'aide à domicile d'où réduction des heures si les besoins ne sont pas primordiaux.</p>	<p>Problème de remplacement à l'origine des heures non effectuées. Lorsque la prise en charge concerne un conjoint, l'autre n'a pas conscience du sentiment de culpabilité que cela peut entraîner. L'aidant souhaite alors assumer le travail à la place de l'aide à domicile mais ne rappelle pas systématiquement la RS pour une révision.</p>	<p>Ecarts dus aux hospitalisations ponctuelles. Les 2 aides à domicile questionnées n'ont pas connaissance de cet écart.</p>

Annexe 9 : Trame d'entretien pour les rencontres avec les personnes âgées
28/03/2006

Pour vous connaître un peu mieux

Votre identité

Sexe

Age

Nationalité

Pays de naissance

Lieu de résidence, type d'habitat

Niveau d'études suivies

Ancienne profession

Situation familiale (seul(e), en couple, a des enfants, a des petits enfants)

Si couple, renseignement sur le conjoint

Votre fourchette de revenus

Autonomie (GIR)

Santé (à indiquer sur une échelle 1 à 10)

Votre entourage

Vos enfants : proximité, visites fréquentes

Vos petits enfants : proximité, visites fréquentes

Vos ami(e)s, connaissances : proximité, visites fréquentes

Vos activités

Chez vous, à l'extérieur

Par rapport à l'APA

L'origine

Constitution du dossier : date, identification des besoins, bon déroulement,...

Nombre d'heures attribuées : satisfaction, validation

Contact avec le SAD : vous directement, par votre référent social, par une autre personne...

L'intervention : de quel type, par qui (homme, femme), combien de fois /semaine

Concrètement comment cela se passe t-il ?

Relations avec votre référent social

Relations avec votre intervenant(e) à domicile

(Vient-elle en dehors de ses heures ?...)

Satisfaction globale

Connaissance de l'écart entre heures préconisées et validées/réalisées et facturées

Explications données par la PA : (tranquillité et intimité recherchées, soupçon envers l'intervenant(e) , mauvaise entente, travail mal fait, trop d'intrusion, trop d'intervenants, c'est pas ce que la PA avait imaginé, ...)

Y a t-il d'autres interventions faites chez la PA : par qui (gré à gré, famille...), combien de fois/semaine, pour quoi faire ?

Annexe 10 : Entretiens avec les personnes âgées : leurs conditions de vie et leur appréciation des plans d'aide

PA : Personne âgée, RS : Référent social

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
A	Mme de 87 ans. Française. Pas suivit d'études, sans profession, s'occupait de ses enfants. Vit seule. Ne connaît pas son GIR et n'arrive pas à évaluer son état de santé.	Son fils vient vivre chez elle de septembre à mai. Garde de bons contacts avec sa fille de Béziers. Les filles de Lyon et de Corbelin (proche de chez elle) ne lui rendent pas visite. Mme rend visite à une dame de 94 ans 1 fois/sem.	Ne fait rien chez elle. N'ose pas sortir seule parce qu'elle perd l'équilibre.	Ne se souvient pas de la date Un Mr. de la mairie s'est occupé de tout. Sa fille a contacté l'ADMR et lui a dit que l'aide à domicile viendra et que Mme devait s'arranger avec elle. L'aide à domicile a dit qu'elle ne pouvait venir que 2 fois/sem. et Mme a dit que c'était bien comme ça. Plan d'aide de 3h/sem.	Lors de sa visite, la RS a surtout parlé avec le fils de Mme. Elle n'a pas beaucoup parlé avec Mme. Mme n'a pas revu la RS qui ne l'appelle pas. Mme ne s'en souvient plus et n'a rien à lui demander.	Ca se passe très bien, elle fait ce que je lui dis de faire. On sort de temps en temps pour les courses. Mme est bien contente d'elle. Elle remplit ses papiers, elle est bien gentille. Les remplacements ne dérangent pas Mme, de toute façon elle connaît les autres aides à domicile.	IDE 2 fois/sem. Portage des repas.	Tout va bien. Mme préfère restée chez elle et faire comme elle peut. 2 fois 1h30/sem. c'est bien suffisant.
B	Mr. Français. Pas suivit d'études, cariste. Vit en couple. Ne connaît pas son GIR mais invalidité à 80%. Santé de 9/10.	Ses enfants les plus proches lui rendent fréquemment visite. Des amis rendent service si besoin.	TV et joue a la pétanque.	Mme a fait la demande et la mairie s'est chargé du dossier. Ne sait pas qui a contacté le SAD. Suite à l'accident de Mr en mai 2004. Plan d'aide de 4h/sem.	Bonne relation avec la RS qui est venu 3 fois rendre visite. Très gentille. A expliqué que l'aide est mise en place est avant tout morale pour Mme.	La responsable est venue rendre visite. Mme lui dit quoi faire. Ca se passe bien comme ça. Quand il y a des remplacements à faire, soit il y a quelqu'un soit personne mais ça ne dérange pas parce que Mme peut encore le faire. Ils sont bien gentils.	Non	Le plan d'aide convient mais la mise en place à été difficile parce qu'il y avait besoin d'une IDE pour la toilette dès le début mais personne n'est venue pendant 3 mois. Il était impossible de faire appel à une IDE libérale à cause du prix.
C	Mr. a 71 ans. Français. Etais médecin. GIR3, état de santé : 2/10 d'après sa garde-malade.	Il est divorcé, il a des enfants et des petits-enfants avec lesquels il a rompu tout lien. Mme A l'a hébergé à sa sortie d'hôpital il y a cinq ans. Mme A s'occupe de lui à temps plein.	Il lit, écoute de la musique, écrit ses mémoires, discute avec Mme A de politique	Depuis cinq ans il est alité en permanence, suite à une attaque cérébrale.	L'assistante sociale est venue à domicile. Elle a fait le dossier, elle a constaté la gravité de la situation. L'assistante sociale est revenue une ou 2 fois.	Elle fait de son mieux, mais M. Colin ne l'accepte pas.	Avec tous les intervenants cela se passe mal.	Par rapport à la constitution du dossier de l'APA : tout s'est fait normalement, c'était il y a cinq ans. C'est la CRAM qui a conseillé d'aller voir une assistante sociale.

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
D (Entretien téléphonique avec sa fille)	Mme française. Vit seule. Atteinte de la maladie d'Alzheimer avec des moments où elle est capable de parler et d'autres où tout s'embrouille. Refuse son état, d'être considérée comme une PA. GIR2 et santé évaluée 4/10.	Sa fille lui rend visite tous les 2 jours. Ses petits-enfants sont à Paris. Des voisins lui rendent visite. Si sa fille est absente, elle en parle à la voisine qui vérifie si tout se passe bien.	Ne fait rien toute seule. Aime parler, centres d'intérêt de plus en plus limités.	Suite à la dégradation de l'état de santé (AVC) de sa mère, la fille a demandé à avoir plus d'heures (avant Mme avait une aide ménagère). Difficulté au début pour savoir à qui s'adresser puis en se documentant, elle a su ce qu'il était possible d'avoir. Plan d'aide de 9h/sem.	Très bonne. RS disponible. Elle fait le point avec la fille tous les ans.	La responsable du SAD et la fille se téléphonent régulièrement. La fille fait appel à 2 prestataires, elle en est très contente parce que les prestations sont de qualité. L'un permet d'avoir toujours la même aide à domicile et il est toujours possible de trouver des arrangements en cas de problème.	Ergothérapeute:1 fois/sem. Kiné:2 fois/sem. Orthophoniste:1 fois/sem.	La fille aurait aimé plus d'heures au départ. Dans un premier temps, Mme refusait puis elle s'est habituée au bout d'un an pour la présence de quelqu'un chez elle et de 3 ans pour les repas. Au départ, la fille a demandé du gré à gré mais ça s'est mal passé, elle a alors fait appel à un prestataire puis avec l'augmentation des heures, à un autre. Aujourd'hui, elle est très contente d'avoir ces 2 SAD.
E	Mme a 71 ans. Française, née en Algérie, mariée à un Harki. Elle a travaillé chez un capitaine en tant que femme de ménage. GIR 3, état de santé : 1/10	10 enfants dont un handicapé qui ne vient à la maison que le week-end, 20 petits-enfants et 6 arrière-petits-enfants. Certains habitent en Isère, un à la Rochelle et un à Marseille. N'a pas d'amies.	Regarde beaucoup la TV.	Il y a 2 ans, après un opération du genou qu'elle a mal supportée.	L'assistante sociale n'est pas revenue depuis la constitution du dossier.	Elle n'est pas du tout satisfaite de ce service, il y a beaucoup de changements, de remplacements, ce n'est jamais la même personne qui vient. Il y a un an la personne qui venait était très bien mais elle n'est pas restée elle a eu des problèmes de santé. Et depuis rien ne marche.	Aucun	Elle est satisfaite de la mise en place de l'APA. Elle estime que son mari aurait dû avoir droit à quelque chose dans le cadre de l'APA. Il fait le garde-malade, il fait tout à sa place.

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
F (entretien avec sa fille et de son fils)	Mme a 85 ans. Française. Etait agricultrice. GIR3, état de santé : 1 ou 2/10.	Vit avec son fils. 3 enfants, 5 petits-enfants et 4 arrières petits-enfants. Sa fille est juste à côté dans le village. Elle passe tous les matins pour préparer le repas. Elle est très entourée par ses enfants et petits-enfants qui viennent lui rendre visite.	Elle n'a pas d'activité vu son état, ne regarde pas la télévision. Elle a un fauteuil roulant et sa fille la sort de temps en temps au soleil.	Début 2005	L'assistante sociale de la MSA est venue au début pour évaluer les besoins, puis elle est revenue à la sortie de l'hôpital.	Bon contact avec l'ADMR de Saint-Martin d'Uriage.	Une personne de gré à gré pour 13 heures mensuelles (trois fois semaine pour la toilette)	Satisfaction du dispositif
G	Mme a 88 ans. Française née en Algérie. Elle a un peu travaillé en tant que femme de ménage dans une famille. Veuve depuis 1980. GIR3	Vit avec son fils. 9 enfants, 15 petits-enfants et 4 arrières petits-enfants qui viennent souvent la voir. Peu de connaissances	Ne se déplace plus. Regarde la TV.	Elle se ne se souvient plus vraiment de l'année.	Elle ne se souvient plus, non plus de la visite de l'assistante sociale	On a changé beaucoup de fois aussi l'aide ménagère, la première était une personne avec qui elle avait sympathisé, avec les autres, ça se passe moins bien.	Aucun	
H (entretien avec sa fille, en sa présence)	Mme a 85 ans. Née en Italie. Elle a fait des ménages et des gardes d'enfants. Atteinte de la maladie d'Alzheimer. GIR3, état de santé : 8/10 (d'après sa fille).	4 enfants et 3 petits-enfants. Vit avec ses 2 filles : une est handicapée et travaille dans un CAT, l'autre à mi-temps.	Elle tricote un peu. Elle est en centre de jour 2 fois/semaine.	Accueil depuis 2000 en centre de jour puis constitution du dossier APA.	La fille n'a pas revu l'assistante sociale depuis la constitution du dossier, à part une ou deux fois pour remettre à jour certaines choses, mais elle estime que s'il y a besoin elle s'adressera à elle. C'est très bien comme ça.	Elle n'a pas beaucoup de liens avec Mme, elles n'échangent guère toutes les deux, avant il y en avait une autre plus âgée avec qui cela se passait mieux. En cas de congé de l'aide ménagère personne ne vient, c'est entendu comme ça.	Aucun	La fille de Mme est assez satisfaite du dispositif.

PA	Identité	Entourage	Activités	Origine du plan d'aide	Relation avec le RS	Relation avec l'aide à domicile	Autres intervenants	Satisfaction globale
I (entretien avec sa femme)	Mr. A 64 ans, français né en Sicile. A travaillé dans les champs avec ses parents. GIR2	Vit avec sa femme. 3 enfants et petits-enfants qui habitent dans l'agglomération. Pas d'amis qui lui rendent visite.	Il sort très peu, ils regardent beaucoup la télé.	En 2003, au départ sa femme souhaitait une présence pour son mari. Donc une personne venait deux heures par semaine le jeudi. Elle faisait aussi le ménage.	a donc revu une fois l'assistante sociale pour la réactualisation du dossier.	Sa femme est ennuyée du fait que les personnes changent souvent, il y a beaucoup d'arrêt de travail et il préfère souvent que ce soit sa femme qui lui donne le repas. La personne du midi convient bien, celle du soir c'est plus difficile car Mr. s'endort facilement.	Un kinésithérapeute et une infirmière	Satisfaction correcte dans l'ensemble.
J	Mr. A 94 ans. Français né en Espagne. Vit avec sa femme qui bénéficie de l'APA aussi. Etait mécanicien en Algérie puis chez Caterpillar en France. GIR 3 ou 4, état de santé : 4/10.	4 enfants, 9 petits-enfants et 10 arrière petits-enfants qui viennent régulièrement leur rendre visite. Quelques connaissances viennent les voir.		Il se souvient du passage de l'assistante sociale, mais ne se souvient pas de l'année. Il ne sait pas s'il y a eu une réactualisation du plan.		Les contacts avec les prestataires sont assez satisfaisants, malgré la diversité des intervenants et des remplacements. Mais il l'accepte ils sont bien obligés. Il n'y a pas d'autres solutions.	1 gré à gré et 2 prestataires Proxim service et l'ADPA.	Une bonne satisfaction du dispositif.
K (en présence de sa fille)	Mme a 88 ans. Italienne. N'a jamais travaillé. GIR 4, état de santé : 4/10.	7 enfants, 15 petits enfants qui lui rendent visite dans la mesure du possible.	Relativement autonome chez elle, aucune activité à part la TV.	En 2002, cela convenait très bien car elle allait beaucoup mieux que maintenant.	L'assistante sociale ne passe pas vérifier si tout se passe bien.	Elle tient beaucoup à cette personne Elle accepte la remplaçante mais cela se passe moins bien, surtout avec les petites jeunes qui n'ont pas beaucoup d'expérience.	Aucun	Manque de suivi par le prestataire mais aussi par le RS.

Annexe 11 : Explications des écarts selon les personnes âgées et leur entourage

PA : Personne âgée, RS : Référent social

PA	Explications possibles
A	A été hospitalisée pendant l'été puis s'est rendue chez sa fille à Béziers.
B	Est parti en vacances avec son fils à Toulon en août 2005
C	Peut-être parce que l'aide à domicile n'a pas trouvé le domicile au départ. Planning irrégulier des aides à domicile avec des fois plus d'heures et d'autres moins. Refus des remplaçants par Mr. Caractère difficile.
D	2 prestataires
E	Fonctionnement problématique du SAD avec des difficultés pour trouver des remplaçants.
F	Surestimation des besoins au début. Problème de fonctionnement de la structure pour le recrutement du personnel notamment.
G	Peut-être parce que Mme ne répond pas à la porte parce qu'elle n'entend pas ou absence de l'aide à domicile.
H	Relais par la fille qui a plus le temps (qu'au début du plan d'aide) pour s'occuper de sa mère. Congés de l'aide à domicile non remplacée sur demande de la fille.
I	Hospitalisation. Relais par la femme de Mr. qui ne travaille pas pendant les vacances scolaires.
J	2 prestataires
K	Le SAD n'a pas pu intervenir les lundis.

Annexe 12

GUIDE D'UTILISATION D'EVALUATION MEDICO-SOCIALE ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Ce document d'évaluation a été conçu par le service de soutien à domicile et A.P.A. du Conseil général de l'Isère et le service social de la Mutualité Agricole des Alpes du Nord (Site Isère).

Ce support doit être utilisé par les travailleurs sociaux lors de l'évaluation médico-sociale A.P.A.. Il est un outil indispensable pour l'élaboration du plan d'aide et du suivi social dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Il est à la seule destination du dossier du travailleur social et doit faciliter les transmissions d'informations en cas d'absence ou de changement d'affectation du travailleur social.

PRECISIONS POUR COMPLETER L'IMPRIME

DANS LE CADRE D'EN TETE "REFERENT SOCIAL"

Le n° de classothèque est le n° émis par le Conseil général lors de la première demande

LA NOTION ACTP (allocation compensatrice tierce personne)

La personne qui a eu une attribution :

- Avant 60 ans : peut choisir de conserver l'ACTP ou opter pour l'A.P.A.
- Après 60 ans : ne peut pas conserver son ACTP.

III LISTE DES INTERVENANTS

LA DATE

Elle doit correspondre à la date de la première évaluation

Il est important de noter les dates de remise à jour. Ces dates permettent de s'assurer de la validité des informations contenues dans ce paragraphe.

IV HABITAT

EXEMPLE DE PETITE UNITE DE VIE : domicile collectif

VII AIDES ET SOINS EXISTANTS

SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Préciser les modalités de prise en charge infirmière, médicale, indiquer si le suivi s'effectue en hôpital de jour, au CMP, à domicile.

AUTRES SERVICES

Pour le coût à charge, préciser le coût après déduction de toutes les aides

EVALUATION MEDICO-SOCIALE APA

REFERENT SOCIAL

Organisme :

Nom :

☎

Adresse

Date de la visite :

N° classothèque :

- Première demande
 Révision (Nombre)
 Renouvellement (Nombre)
 Ancien ACTP Avant 60ans
 Après 60ans

Date du premier accord

Date du refus

Date du renoncement

Date d'échéance

ETAT CIVIL

NOM, Prénom			
Nom de naissance			
Date de naissance		Sexe	M <input type="checkbox"/>
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale		
Adresse			
☎			
N° digicode		Etage	
Nom, Prénom du conjoint ou du concubin			
Date de naissance			

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Régime Maladie	<input type="checkbox"/>	CRAM	<input type="checkbox"/>	MSA	<input type="checkbox"/>	CMU	<input type="checkbox"/>	AUTRE, préciser
Mutuelle	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	CMUC	<input type="checkbox"/>	
Régime principal de retraite								
Minimum vieillesse ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON				
Mesure de protection ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON				
Si oui, laquelle						Date :		
<i>Nom de la personne chargée de la mesure</i>								
<i>Organisme mandataire</i>								
<i>Adresse</i>								
☎								
<i>Date première intervention PSD ou APA</i>								
<i>Qui a orienté la personne vers le dispositif</i>								

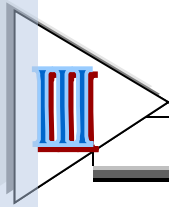
halshs-00150457 version 1 - 30 May 2007

NOM

Date :

Prénom

Mise à



LISTE DES INTERVENANTS

QUALITE	Nom – Prénom	Adresse	Téléphone	Liaison	
				Oui	Non
<u>AIDANTS FAMILIAUX</u> <i>Lien de parenté :</i>					
<u>MEDECINS</u> GENERALISTE SPECIALISTES					
<u>SOINS INFIRMIERS</u>					
<u>AUTRES SOINS</u> KINESITHERAPEUTE SECTEUR PSYCHIATRIQUE AUTRES					
<u>AIDE A DOMICILE</u> Prestataire <i>(Association)</i> MANDATAIRE <i>(Intervenant et association)</i> GRE A GRE					
<u>AUTRES SERVICES</u> ACCUEIL DE JOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE					
<u>SERVICES SOCIAUX</u> <u>SPECIALISES</u> AUTRES					

PRINCIPALES ETAPES DE VIE

FAMILIALES (Nombre d'enfants, veuvage, deuil, rupture, déménagement,...)

PROFESSIONNELLES (Profession exercée, date de retraite, ...)

PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE (Associative, politique, ...)

AUTRES

HABITAT

Rural regroupé

Urbain

Rural Isolé

Transports à proximité

OUI

NON

Maison individuelle

Appartement

Foyer logement

Accueil familial Petites unités de vie

Adaptation de l'habitat (accessibilité, sanitaires, chauffage, équipements, ...)

Domicile indépendant

OUI

NON

Domicile à proximité d'un proche

OUI

NON

Cohabitant

OUI

NON

A titre gratuit

OUI

NON

A titre onéreux

OUI

NON

Chez :

Lien de parenté

OUI

NON

Si oui, lequel :

	OUI	NON	Observations
Cannes			
Déambulateur			
Fauteuil roulant			
Matériel à usage unique pour incontinence			
Lève malade			
Chaise percée			
Lit médicalisé			
Autres à préciser :			

AIDANTS FAMILIAUX

	NOM	Prénom	Age	Lien de parenté
①				
②				
③				

Situation de l'aidant principal Actif retraité sans profession
 RMI Invalidité chômage
 AAH Autres :

L'aidant familial a-t-il bénéficié d'un soutien ou d'une formation OUI NON

Lequel ?

Types d'intervention

Est-il salarié de son parent OUI NON

SOINS INFIRMIERS

Service de soins infirmiers

Infirmiers libéraux

Nombre de passages	Par jour	Par semaine	Jours à préciser						
			L	M	M	J	V	S	D
Infirmier									
Aide soignant									

Type d'intervention

Intervention adaptée aux besoins

OUI NON

Pourquoi ?

KINESITHERAPEUTE

Nombre de passages Par jour Par semaine
Jours à préciser L M M J V S D
Type d'intervention

SECTEUR PSYCHIATRIQUE

OUI NON

Si oui, modalités de prises charge

SERVICES SOCIAUX

OUI NON

Si oui, lesquels

AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS (orthophonistes, ergothérapeutes, ...)

AIDE A DOMICILE (y compris aidants familiaux salariés)

Prestataire

Nombre d'heures/mois

Participation horaire à charge de la personne

Prise en charge ACTP
 Aide sociale
 Caisse de retraite
 APA ou PSD

Mandataire

Nombre d'heures/mois

Participation horaire à charge de la personne

Prise en charge éventuelle à préciser

Gré à gré

Nombre d'heures/mois

Participation horaire à charge de la personne

Prise en charge éventuelle à préciser

L'aidant à domicile a-t-elle bénéficié d'un soutien ou d'une formation OUI NON

Si oui, lesquels ?

AUTRES SERVICES

ACCUEIL DE JOUR

OUI NON

Rythme

Jour à préciser

L	M	M	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

Lieu

Coût à charge

Frais de transport OUI NON

Coût

Mode de transport

**HEBERGEMENT
TEMPORAIRE**

OUI NON

Etablissement
Famille d'accueil

PSD à domicile
En établissement

TELE ALARME

OUI
 NON

Coût à charge /mois

PORTAGE DES REPAS

OUI
 NON

Coût à charge /mois

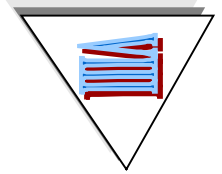
Nombre de repas /mois

SERVICE DU FOYER LOGEMENT

Repas soir Garde de nuit
 Repas WE Autres services

RESEAU DE PROXIMITE HORS FAMILLE

	Fréquence	Types d'intervention
A décrire		



**DEROULEMENT DE LA
JOURNEE**

**DEROULEMENT DE LA
SEMAINE**

**DEROULEMENT DU
SAMEDI - DIMANCHE**

Lever – toilette – habillage – petit déjeuner –
déjeuner - après-midi – dîner – coucher – la nuit

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

halshs-00150457, version 1 - 30 May 2007

OBSERVATIONS GENERALES

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

GRILLE A.G.G.I.R.**(AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPES ISO-RESSOURCES)****VARIABLES DISCRIMINANTES : Entourer la réponse choisie****A : Fait totalement, habituellement, correctement B : Fait partiellement****C : Ne fait pas**

<p><u>COHERENCE</u> : Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>ORIENTATION</u> : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>TOILETTE DU HAUT</u> : Concerne le visage incluant le rasage et la coiffure, le tronc, les membres supérieurs et les mains. Le dos a été volontairement supprimé ainsi que les dents</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>TOILETTE DU BAS</u> : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs et les pieds</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>HABILLAGE DU HAUT</u> : Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>HABILLAGE MOYEN</u> : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>HABILLAGE DU BAS</u> : Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas, chaussures</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>ALIMENTATION / SE SERVIR</u> : Couper, verser, éplucher, décapsuler</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>ALIMENTATION / MANGER</u> : Porter la nourriture à la bouche et avaler</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>A B C</p>
<p><u>ELIMINATION URINAIRE</u> :</p>	<p>A B C</p>

<p><u>ELIMINATION FECALE</u> :</p>	A B C
<p><u>TRANSFERTS</u> : Se lever, se coucher, s'asseoir</p>	A B C
<p><u>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</u> : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</p>	A B C
<p><u>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</u> : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</p>	A B C
<p><u>COMMUNICATION A DISTANCE</u> : Utiliser les moyens de communication : téléphone, téléalarme, sonnette</p>	A B C

VARIABLES ILLUSTRATIVES

<p><u>GESTION</u> : Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches</p>	A B C
<p><u>CUISINE</u> : Préparer les repas</p>	A B C
<p><u>MENAGE</u> : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers</p>	A B C
<p><u>TRANSPORTS</u> : Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)</p>	A B C
<p><u>ACHATS</u> : Commander ou faire des acquisitions directes ou par correspondance</p>	A B C
<p><u>SUIVI DU TRAITEMENT</u> : Se conformer à l'ordonnance de son médecin</p>	A B C
<p><u>ACTIVITES DE TEMPS LIBRE</u> : Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisir, de passe-temps</p>	A B C

