

Précarité

Logement

Solidarité

Social

Santé Familles

Entraide

Rencontres

Assistance

Aide

Santé des publics précaires en Mayenne

État des lieux et pistes d'actions



CÉAS de la Mayenne

Centre d'étude et d'action sociale
29 rue de la Rouillère, 53000 Laval

Tél. 02 43 66 94 34

Mél. ceas53@orange.fr

Site Internet : www.ceas53.org

Dossier paru dans

La Lettre du CÉAS

n° 361 d'avril 2019

Rédacteurs

Fabien Gautrais, Claude Guioullier, avec les contributions de Martin Begaud, inspecteur-élève ; des membres du collectif Santé-Précarité ; des étudiants de l'Ifsi Laval et des bénévoles qui ont participé aux enquêtes.

Comité de relecture

Rédacteurs + Catherine Chancerel, Nathalie Houdayer, Jacqueline Lardeux, René Lemarchant, Joseph Louapre et Christophe Mézange.

Aux racines d'une enquête militante

De 2010 à 2016, au sein des Délégations territoriales des Agences régionales de santé (DT-ARS), une instance de concertation, de réflexion et de prospective – la Conférence de territoire – réunit une multiplicité d'acteurs locaux concernés par la santé.

En Mayenne – nous sommes alors en 2014 –, des membres de la Conférence de territoire prennent conscience qu'il est peu question des publics précaires au sein de l'instance ; et quand il en est question, c'est souvent de façon stigmatisante.

Un collectif informel se constitue avec Catherine Bouté (UC-Irsa), Angélique Houdou (France Terre d'Asile), Joseph Lalairé (Secours Catholique) et Georges Minzière (Union territoriale des retraités CFDT). Très vite, il sollicite Claude Guioullier (CÉAS, également membre de la Conférence de territoire) pour un appui méthodologique. L'ARS soutient la démarche : Monika Kumar, inspectrice de l'action sanitaire et sociale et chargée de développement territorial en santé / santé mentale / addiction, rejoint ainsi le collectif.

Comment être force de propositions sans un diagnostic rigoureux sur les publics précaires et leurs difficultés liées à la santé ? Le collectif ne dispose pas de budget, mais peut avoir des idées.

D'abord celle d'une mobilisation de nombreux bénévoles pour enquêter auprès des acteurs en relation avec le public précaire. Mais peut-on parler de la santé de ce public sans le rencontrer lui-même ? D'où une enquête conduite par des étudiants en soins infirmiers...

Les bénévoles et les étudiants n'ont peut-être pas l'expertise d'une équipe de sociologues mais, à partir des comptes rendus d'entretien, le CÉAS s'emploie à dégager des constats récurrents et des pistes d'action. Le contenu est partagé au sein du collectif, puis auprès de tous ceux qui se sont

impliqués dans les enquêtes ; il est restitué à la Conférence de territoire et validé.

Le CÉAS s'était engagé à produire un document de synthèse, mais d'autres démarches militantes l'attendaient...

Et puis les Conférences de territoire deviennent les Conseils territoriaux de santé. La composition de cette nouvelle instance est totalement différente : parmi les membres du collectif, seul Claude Guioullier continue à y siéger. Le collectif n'a plus les mêmes opportunités de se rencontrer.

Mais les constats auraient-ils beaucoup changé pour empêcher aujourd'hui toute publication ?

Des solutions seraient-elles déjà trouvées pour régler tous les problèmes soulevés ?

SIGLES

ATD Quart-Monde	Agir tous pour la dignité Quart-Monde
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CCAS	Centre communal d'action sociale
CÉAS	Centre d'étude et d'action sociale
CEPAN	Club d'étude et de protection des animaux et de la nature
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMU	Couverture maladie universelle
DT-ARS	Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé
EDI	Espace de découverte et d'initiatives
Ésat	Établissement et services d'aide par le travail
FJT	Foyers des jeunes travailleurs (aujourd'hui Habitat Jeunes)
Ifsi	Institut de formation en soins infirmiers
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
SAAJ	Service d'accueil et d'activités de jour
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
UC-Irsa	Union des Caisses – Institut inter-Régional pour la Santé

Martin Begaud, inspecteur-élève en stage en Mayenne

Des « parcours de vie et de soins complexes, voire chaotiques »

Par l'intermédiaire de la DT-ARS, Martin Begaud, inspecteur-élève en stage à la Direction départementale de la Cohésion sociale et de la Protection des populations (DDCSPP), a apporté sa contribution aux travaux du collectif en analysant comment les sources disponibles, dans les Pays de la Loire, caractérisent les personnes en situation de précarité et abordent leur rapport à la santé ⁽¹⁾.

Pour Martin Begaud, les personnes rencontrant des difficultés sociales présentent des profils variés : chaque personne a un parcours qui lui est propre. Il est difficile d'identifier l'ensemble des profils et des trajectoires. Toutefois, ces personnes sont amenées à rencontrer les services sociaux, éducatifs ou judiciaires et donc à rentrer dans une démarche d'accompagnement sur divers plans, et notamment sanitaire. C'est ce moment qu'il faut saisir pour pouvoir les amener à intégrer un parcours de soins.

L'inspecteur-élève cible plusieurs types de population qui sont exposés à des risques sanitaires à l'origine d'inégalités sociales de santé :

- ✓ les jeunes en situation de décrochage scolaire, en errance ;
- ✓ les personnes sans domicile fixe ou hébergées en établissement ;
- ✓ les personnes en perte d'emploi, les jeunes en difficulté d'insertion professionnelle ;
- ✓ les personnes faisant appel à l'aide alimentaire ;
- ✓ les femmes enceintes ayant des difficultés sociales ou médico-sociales ;
- ✓ les ménages monoparentaux, les femmes seules ou victimes de violence conjugale ;
- ✓ les personnes âgées ou en situation de handicap et à faibles revenus ;
- ✓ les personnes en situation de handicap psychique ;
- ✓ les personnes en situation d'addiction ;
- ✓ les personnes placées sous main de justice, notamment les personnes détenues ;
- ✓ les personnes issues de la communauté des gens du voyage ;
- ✓ les personnes immigrées notamment vieillissantes et parfois en situation irrégulière.

Sur le plan statistique, les indicateurs sociaux sont moins alarmants en Mayenne que dans le reste de la région. Néanmoins, il existe des disparités au sein même du territoire mayennais. Les indicateurs laissent apparaître des territoires particulièrement touchés par la précarité. Ce sont principalement les trois grandes villes du département ainsi que leur agglomération. Si ce constat invite à mener une action collective renforcée en milieu urbain, les zones rurales doivent elles aussi être l'objet d'une attention particulière. En effet, en territoire rural, les difficultés sociales parfois très importantes sont d'autant moins perceptibles qu'elles sont diffuses ⁽²⁾.

Martin Begaud ajoute que les parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité sont complexes, voire chaotiques. Au-delà d'une appréhension par les seules catégories-cibles de public, une vision dynamique de la trajectoire de la personne ainsi que de l'exposition aux risques rend plus fidèlement compte des situations sanitaires vécues. Il convient de raisonner en termes d'accumulation des risques et de transmission intergénérationnelle des risques. Les filières de soins sont le plus souvent inadaptées aux problèmes rencontrés par les personnes défavorisées, que ce soit dans la prise en charge momentanée ou dans la durée de ces personnes.

L'accès aux soins et... le maintien dans le soin

L'utilisation de soins est différente chez les catégories sociales les plus défavorisées : on observe une surconsommation de soins hospitaliers, intervenant suite à des situations critiques, qui traduisent une sous-consommation de soins ambulatoires. Par ailleurs, on note chez les bénéficiaires de la CMU une moindre consommation de consultations de spécialistes et davantage de dépenses liées au recours aux omnipraticiens et à la pharmacie.

Les parcours dans le soin, souvent chaotiques, sont source de ruptures, voire d'abandon. L'accès aux soins tout d'abord est mis à mal par le coût et l'absence du sentiment de besoin. Mais les difficultés ne se posent pas qu'en termes d'accès. En effet, au-delà de la seule disponibilité de l'offre, il y a un enjeu de maintien dans le soin (ex. gestion des problèmes de vue ou des problèmes bucco-dentaires), en faisant face à une prise en charge

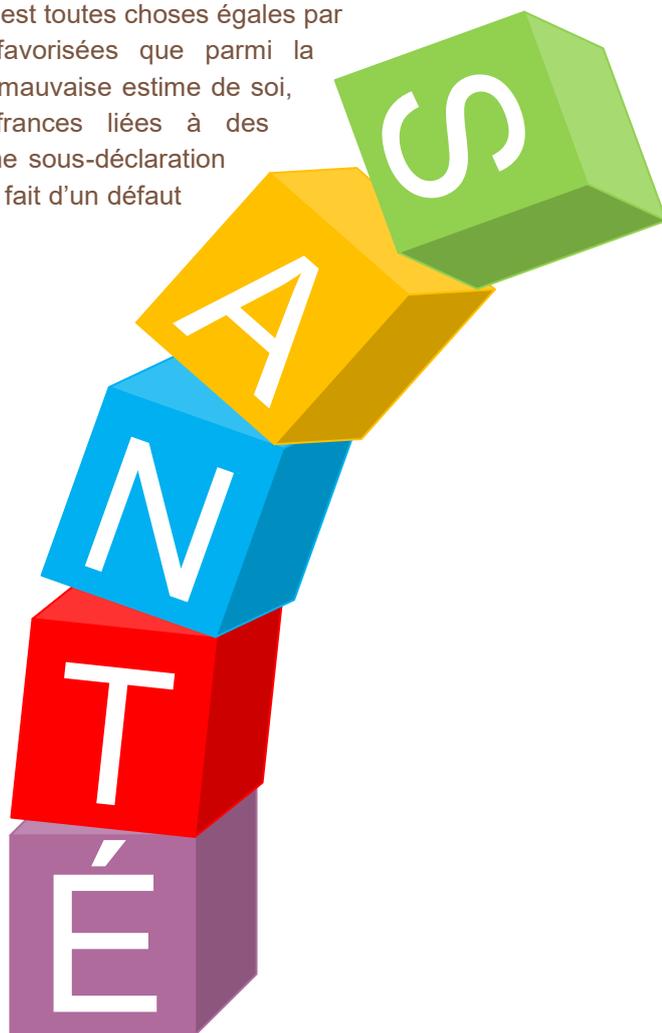
administrative complexe. Pour cela, il faut relever l'enjeu du non-recours aux aides sociales. Par ailleurs, il est important de développer la sensibilisation des professionnels de santé, notamment en leur assurant une bonne information sur les dispositifs existants, pour dépasser les difficultés de vie rencontrées par les personnes (addictions, désocialisation et isolement, difficultés de compréhension...).

Le contexte global pose un enjeu de réactivité du système de soins face à une précarisation accrue de la population : accroissement du nombre de travailleurs pauvres, intensification du phénomène de l'isolement. Une évolution très rapide des problématiques invite à repenser les modalités d'action. On peut évoquer notamment les besoins en interprétariat médical et en médiation en santé qui doivent être mobilisables équitablement dans la région et dans les territoires mayennais.

Au-delà de l'offre de soins et des modalités de prise en charge, la santé des personnes précaires doit aussi être appréhendée en fonction des pathologies dont la prévalence est plus forte que dans la population globale. Les pathologies et problématiques sanitaires le plus souvent rencontrées sont :

- ✓ les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle ;
- ✓ les cancers ;
- ✓ les problèmes respiratoires, l'asthme ;
- ✓ les problèmes ostéo-articulaires ;
- ✓ les problèmes digestifs ;
- ✓ le mauvais état de santé bucco-dentaire ;
- ✓ les migraines liées à des problèmes de vue non corrigés ;
- ✓ les troubles liés à la santé mentale (états dépressifs et troubles psychiques) ;
- ✓ les pratiques addictives ;
- ✓ les problèmes de nutrition ;
- ✓ le sida et l'hépatite C ;
- ✓ les séquelles liées à des accidents ou à des maladies.

Au-delà des troubles objectifs, l'état de santé perçu est toutes choses égales par ailleurs, plus mauvais chez les personnes défavorisées que parmi la population générale (notamment en lien avec une mauvaise estime de soi, une moindre résistance au stress, des souffrances liées à des discriminations...). Paradoxalement, il y a aussi une sous-déclaration des maladies au sein des populations précaires, du fait d'un défaut de consultations médicales.



(1) – Martin Begaud a également synthétisé les actions prévues dans les textes de planification et de programmation, ainsi que les réponses alors mises en œuvre dans le département. Enfin, il a dégagé diverses pistes pour mieux prendre en compte la santé des publics précaires.

(2) – Cf. site Internet du CÉAS : www.ceas53.org > rubriques « Prestations » > « Les archives... non secrètes » > « Précarité et pauvreté en milieu rural : une étude qualitative dans le pays de l'Ernée ».

Points de vue des membres du collectif

Joseph Lalaire (Secours Catholique) : « *Agissons en amont par la prévention* »



L'accès aux soins et à la santé devient un parcours semé d'un nombre grandissant d'obstacles, et ce pour la plupart des Mayennais. Citons quelques-uns de ces obstacles : trouver un médecin généraliste lorsque le sien a pris sa retraite ; obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, ce qui signifie des mois d'attente lorsque l'on en trouve un sur place ; être obligé de se déplacer à Rennes, Angers ou Nantes pour des spécialités qui existaient auparavant à Laval...

On imagine que pour un public en situation de précarité, la liste des obstacles est encore plus longue.

C'est dans le but de mettre en évidence ces obstacles supplémentaires qu'un collectif issu de la Conférence de territoire, avec l'appui de la Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé (DT-ARS), a été à l'initiative d'une enquête sur les difficultés et attentes de ce public en situation de précarité.

Parmi les obstacles supplémentaires, citons, au-delà des faibles moyens financiers :

- la difficulté à comprendre les documents administratifs,
- la maîtrise du français, et pas uniquement pour les étrangers,
- la compréhension du fonctionnement de notre système de santé,
- une mésestime de soi, particulièrement chez les jeunes en échecs multiples, ce qui génère une démission face aux problèmes de santé, induisant des comportements d'addiction.

Les travailleurs sociaux, des médecins et infirmiers, les bénévoles des associations, par exemple, s'évertuent à aider les publics précaires à faire valoir leur droit à des soins de qualité.

Cependant, suite à l'état des lieux exposé lors de la Conférence de territoire, il apparaît indispensable que les travailleurs sociaux, le monde de la santé, le monde associatif se rencontrent pour, ensemble, trouver des solutions concrètes qui permettront d'améliorer sensiblement le parcours santé des personnes en situation de précarité.

Plutôt que d'attendre à devoir traiter des situations complexes et onéreuses, agissons en amont par la prévention, possible si nous effectuons ce travail collectif. Il en va de la santé de ces personnes... et aussi de la santé du budget de la sécurité sociale !

Joseph Lalaire, bénévole au Secours Catholique (ancien président)

Catherine Bouté (UC-Irsa) : « *Les intervenants sociaux sont des interlocuteurs précieux* »

Au sein de l'instance d'échanges et de travail que constituait la Conférence de territoire, le collectif a cherché à introduire un aspect social, peu présent dans les travaux et projets présentés, et méconnu ; avec parfois des propos stigmatisants sur certains publics.

Au-delà des représentations de chacun sur la santé des publics précaires, au-delà des données disponibles à des échelons territoriaux plus larges, nous voulions faire remonter la réalité vécue par les personnes concernées et celle perçue par les acteurs sociaux de terrain.



Quelle est la situation réelle en Mayenne ? Comment a-t-elle évolué ces dernières années ? Qu'existe-t-il dans le département en termes de dispositifs ou d'actions ? Quels sont les acteurs ? Quelles améliorations souhaitables ?

Ainsi, nous avons souhaité disposer d'un état des lieux au moyen de trois enquêtes successives : une synthèse des politiques locales et dispositifs existants ; une enquête par entretien auprès du public ; puis une autre auprès des acteurs locaux – ce qui a permis de les valoriser, ainsi que leurs actions.

Avec des délais contraints et des moyens limités, ces enquêtes sont certes non exhaustives, mais l'analyse des données est cependant riche : le public est très diversifié, notamment en tranches d'âge, avec un parcours accidenté autour de ruptures professionnelles, sociales, familiales... En outre, les acteurs locaux réalisent un remarquable travail d'accompagnement, d'aide et de soutien dans différents domaines liés à la santé : logement, travail, éducation, culture, finances, gestion administrative...

Personnellement, en tant que médecin en prévention santé, j'ai découvert l'impressionnant travail de réseau, l'implication et les qualités humaines des acteurs. Les intervenants sociaux, professionnels ou bénévoles, sont des interlocuteurs précieux en santé : ils « déminent » parfois les situations, aident à l'orientation et limitent le recours direct au secteur des soins. En cette période où il est beaucoup question des difficultés d'accès aux soins, le soutien de ces acteurs de la santé est crucial.

Le premier objectif d'introduire une dimension sociale à l'instance mayennaise de concertation des acteurs en santé avait été atteint ! Un travail complémentaire pourrait maintenant s'engager pour épauler l'ensemble des acteurs locaux. Il reste également à proposer des actions pour répondre aux évolutions soulignées et aux problématiques repérées.

Catherine Bouté, médecin chef de service
du Centre de prévention et de santé publique de la Mayenne (UC-Irsa)

Angélique Houdou (France Terre d'Asile de la Mayenne) : **« Le fondement d'un partenariat actif entre acteurs... »**



« Je participais à la Conférence de territoire depuis sa création, et je n'avais jamais entendu parler de la précarité du public sauf en des termes réducteurs, notamment à propos des mineurs isolés étrangers. Nos rencontres au sein du collectif et les enquêtes menées illustrent à mon sens le début d'une prise de conscience de la Conférence de territoire : le social et le soin sont étroitement liés, et il est indispensable que les professionnels de l'un et l'autre échangent pour se connaître et pour travailler ensemble. »

Dans mon domaine, qui concerne l'accueil des demandeurs d'asile en Mayenne, il est indispensable que les acteurs du soin comprennent qui sont les demandeurs d'asile, quels sont les problèmes urgents de santé que nous pouvons rencontrer, et quelles sont les conséquences du traumatisme de l'exil.

Information et sensibilisation nous permettront demain de toucher un maximum de praticiens dans le département, et c'est un élément indispensable pour l'intégration des réfugiés accueillis en Mayenne.

Le travail engagé par le collectif Santé-Précarité doit être le fondement d'un partenariat actif entre les acteurs du social et les acteurs du soin. »

Angélique Houdou,
directrice des établissements de France Terre d'Asile de la Mayenne



ILS S'AIMENT, MAIS CE N'EST PAS CE QUI LES RAPPROCHE.

8 millions de personnes souffrent du froid parce qu'ils n'ont pas les moyens de chauffer leur logement. AGISSONS !

Quand la Fondation Abbé-Pierre sensibilise au problème du mal-logement

Enquête par entretien auprès de 60 usagers Étudiants de l'Ifsi Laval

Dix structures partenaires

Belle Ouvrage (Ésat, foyer d'hébergement, SAAJ)

CCAS de Laval (épicerie sociale)

Deux-Rives (CHRS, maison relais, résidence sociale)

France Terre d'Asile (Cada)

Génie (chantier et entreprise d'insertion)

Habitat Jeunes Laval (résidence François-Peslier)

Laval Agglomération (Contrat de ville – mission Santé)

Partage (association intermédiaire, atelier d'insertion)

Robida (Ésat, SAVS, foyers, accueil de jour)

Secours Catholique

Des étudiants en soins infirmiers découvrent les problématiques de santé des publics précaires

Peut-on réaliser un état des lieux sur la santé des publics précaires, interroge Bruno Legay, retraité cadre de santé, sans rencontrer le public directement concerné ? Nous sommes le 10 juillet 2014. Le collectif a organisé une réunion de travail avec tous les bénévoles susceptibles de réaliser des entretiens auprès des acteurs locaux.

Le CÉAS reconnaît la pertinence de la question qu'a posée Bruno Legay, mais fort d'une expérience professionnelle récente à Laval, il souligne la complexité de la mise en œuvre.

Dès le lendemain – et c'est le hasard ! – Claude Guioullier a l'occasion de rencontrer Nelly Maheux, formatrice à l'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi – Croix-Rouge française), à Laval. Elle a en charge l'Unité d'enseignement de santé publique et d'économie de la santé pour les étudiants en deuxième année. Ceux-ci, dans le cadre de cette unité d'enseignement, ont



une enquête de terrain à réaliser par groupes de cinq ou six étudiants. Nelly Maheux est en recherche de terrains possibles... Mais pourquoi ne pas mobiliser les étudiants sur la

démarche qui est enclenchée, soit pour participer à l'enquête auprès des acteurs, soit pour engager une enquête auprès de personnes en situation de précarité ?

Un étudiant témoigne de son ressenti suite aux entretiens conduits à l'association Partage

« Cette expérience m'a fait rencontrer des professionnels de l'association Partage, disponibles et très à l'écoute des différents besoins des bénéficiaires.

Les femmes que nous avons pu rencontrer se battent et montrent toute leur motivation à s'en sortir. Venant de la région ou d'horizons différents, elles ont le même objectif commun : retrouver rapidement du travail et ainsi une stabilité sociale et financière, et cela, parfois, au détriment de leur santé.

Leurs priorités sont d'abord de gagner de l'argent pour faire vivre le foyer familial, pour répondre à des besoins primaires tels que se nourrir. Les enfants, quand il y en a au foyer, sont les premiers à bénéficier de soins médicaux. Les parents font passer au second plan leur propre santé en attendant des jours plus favorables...

Pour ce travail d'enquête, nous avons pu toucher du doigt la nécessité qu'éprouvent ces femmes à répondre à des besoins physiologiques, à des besoins de sécurité en termes de logement et d'emploi, à des besoins d'appartenance à un groupe social, d'estime de soi et d'accomplissement personnel.

Il leur est également difficile de faire des démarches administratives (sécurité sociale, mutuelle, etc.) car elles ne comprennent pas le français, ou pas très bien, d'où l'aide précieuse de l'association Partage.

L'association leur propose des missions de quelques heures ou quelques jours, les faisant bénéficier ainsi d'un statut de salarié pour tendre vers une réinsertion à moyen ou long terme.

Ce travail m'a aussi permis de me rendre compte de l'énergie qu'il est nécessaire de déployer pour faire avancer un projet de réinsertion, quel qu'il soit, ainsi que de l'énergie positive et de la motivation qu'il faut transmettre aux bénéficiaires afin qu'ils ne se découragent pas et qu'ils continuent à aller de l'avant. »



Stéphane Lorand, étudiant Ifsi Laval

L'idée fait rapidement son chemin. Dès le 24 juillet, le CÉAS reçoit Nelly Maheux : celle-ci donne son accord pour impliquer les étudiants dans une enquête auprès des usagers, mais sous réserve que dans les services ou établissements, un référent social puisse servir de facilitateur dans la mise en relation. En outre, les services ou établissements seront plutôt lavallois pour restreindre les problèmes de déplacement pour les étudiants.

Le CÉAS se charge de trouver les dix services ou établissements acceptant de participer à la démarche. Il mobilise alors son réseau et parvient à atteindre l'objectif, devant même décliner des réponses positives parvenues tardivement. C'est l'association Les Deux-Rives (résidence sociale) qui, la première, donne son accord.

Du côté de l'Ifsi Laval, la démarche est lancée dès le 1^{er} septembre : Catherine Bouté intervient auprès des étudiants pour présenter le projet. C'est dorénavant une démarche pédagogique que coordonnent les formatrices de l'Ifsi en tout autonomie.

Des rencontres parfois poignantes « Une expérience très gratifiante »

« En tant qu'étudiants infirmiers, participer à cette étude a été pour nous une expérience très gratifiante. Cela a été formateur et nous a beaucoup apporté à différents niveaux.

Tout d'abord, sur le plan humain, ce fut une expérience enrichissante que d'aller à la rencontre du public. Les entretiens ont été des moments très authentiques. Les rencontres ont été parfois poignantes. En effet, nous avons pu être confrontés à des personnes très angoissées et en grande détresse.

Ensuite, le fait de participer à une étude d'une telle ampleur a été très valorisant pour nous. Cela nous a permis de nous mettre dans une réelle posture de professionnels.

De plus, ce fut un apprentissage très utile pour la suite de notre formation. En effet, cela nous a permis d'apprendre à construire un guide d'entretien, à prendre contact avec des acteurs locaux et à mener des entretiens.

Enfin, cette démarche nous a permis de mieux comprendre la mission de santé publique de l'infirmier et d'être dans une approche sociale de la santé. »

Fanny Bernheim, étudiante Ifsi Laval



Les semaines passent et début novembre 2014, le CÉAS reçoit sept premières transcriptions d'entretien. Une lecture rapide suscite quelques conseils techniques que relaient les formatrices de l'Ifsi. Au final, il y aura bien soixante transcriptions d'entre-

tien : dix groupes de six étudiants, répartis en binômes de deux ; les dix groupes ont réalisé les entretiens chacun auprès d'un service ou établissement ; six entretiens par structure pour chacun des groupes... soit soixante entretiens.

Bilan pédagogique des formatrices de l'Ifsi Laval « Une expérience unique, enrichissante, nouvelle »

« Les étudiants ont évoqué une expérience unique, enrichissante, nouvelle, différente de celle vécue habituellement en stage.

Ils ont parfois été confrontés à une réalité difficile, avec des personnes aux trajectoires de vie complexes où les besoins humains de base sont difficilement satisfaits, où un sentiment d'insécurité l'emporte, où la santé n'est pas une priorité...

Ils ont noté une hétérogénéité des publics concernés par l'accès à la prévention et aux soins.

Ils connaissent mieux les différents acteurs sociaux, les réseaux. Ce travail a mis l'accent sur le sens de l'interprofessionnalité. Il a eu pour effet de permettre aux étudiants de réfléchir à leur projet professionnel.

Pour conclure, ce travail a permis aux étudiants d'approfondir davantage l'aspect social de l'être humain dans une formation où l'aspect biologique, somatique et psychologique reste prévalent... »

Évelyne Pellerin et Nelly Maheux,

formatrices à l'Ifsi Laval



Enquête auprès des « usagers » précaires

Généralement un cumul de problèmes, et pas que de santé !

Les étudiants de l'Ifsi ont réalisé soixante entretiens auprès d'« usagers ». C'est beaucoup. Pour autant, comme seulement dix structures ont servi d'intermédiaire, le contenu ne peut pas prétendre à la représentativité. Le nombre d'entretiens et la diversité de ces dix structures autorisent néanmoins à considérer les résultats comme étant significatifs et riches d'enseignement.

En préambule, les entretiens permettent de faire ressortir trois points importants :

1) Soixante entretiens... et une extrême diversité de situations, mais avec généralement un cumul de problèmes, et en particulier de problèmes de santé (mais pas seulement !).

2) Parmi les personnes rencontrées, on peut distinguer celles qui bénéficient d'un accompagnement global, et celles venant chercher une réponse à un besoin spécifique. On se doute qu'il y a une corrélation avec les missions de la structure d'accueil. En tout cas, le constat amène à se questionner sur la méthodologie d'intervention : face à un cumul de problèmes, convient-il de privilégier une approche globale avec une hiérarchisation des priorités ? Peut-être, dans certains cas, est-il nécessaire de régler tel ou tel problème, de santé ou autre, pour redonner confiance et aboutir à une démarche plus globale de parcours ? Le plus important est qu'un acteur ne se satisfasse pas nécessairement de régler « un » problème, mais qu'il ait au minimum le souci d'orienter la personne vers un autre service, éventuellement de l'accompagner.

3) Nous connaissons tous la définition officielle de la santé : elle est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne

consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 1946). Les étudiants de l'Ifsi connaissent par cœur la définition. Ils sont surpris de constater qu'elle est loin d'être partagée. L'approche est souvent réductrice : être en bonne santé, c'est ne pas avoir de maladie, ne pas avoir de handicap...

« C'est quand j'avais 20 ans »...

« C'est tout ce qui est médical, le corps, la tête, les yeux, enfin tout ce qui peut être un peu embêtant pour la vie quotidienne »...

« C'est quand on n'a pas de cancer »...

Ce constat est à relier aux deux précédents : avec une telle vision réductrice de la santé, il est sans doute difficile de tout mettre à plat pour tenter de repartir sur des bases solides – d'autant plus si les interlocuteurs sont eux-mêmes dans des approches sectorielles.

Le poids des ruptures familiales

Les étudiants en soins infirmiers se sont surtout attachés à inventorier les difficultés rencontrées par les personnes qu'ils ont interviewées. Analyser le parcours de vie et remonter aux causes, ce n'était pas d'abord l'objectif. Cependant, ils ont observé que les ruptures familiales

revenaient très souvent. Mais cause... ou conséquence ?

Les freins à l'accès à la santé

Les entretiens ont surtout permis d'identifier tous les facteurs pouvant constituer des freins à l'accès à la santé.

✓ Le déficit de professionnels de santé

« Ce que je ne trouve pas normal ici, c'est que des fois vous appelez un cabinet pour avoir un rendez-vous, ils peuvent vous dire que non, désolés, ils ne prennent pas de nouveaux patients... »

Il est sans doute inconvenant de considérer que le problème de démographie médicale pénalise d'abord les personnes en situation de précarité.

✓ Le manque de ressources

Plusieurs témoignages montrent que le manque de ressources financières peut amener des personnes à restreindre l'accès à des soins. Est-il possible que ce soit un prétexte ? Est-ce par méconnaissance des aides possibles ?

« Vous ne savez pas ce que c'est quand, à la moitié du mois, vous n'avez même plus un euro dans la poche. »

« Vous savez, c'est dur à vivre de ne pas pouvoir payer le médecin, alors je n'y allais pas. »

« 339 euros de paye que j'ai reçus, je peux rien faire. Faut pas être malade ! »





« *L'aspect financier est un peu un frein, même si je suis remboursé, enfin... c'est mes parents qui sont remboursés. Du coup, je fais attention à quel professionnel je consulte, je ne peux pas me permettre de dépenser beaucoup.* »

« *J'ai dû sacrifier la mutuelle, en mettant l'accent plus sur les dents au sacrifice des yeux.* »

« *Pour les gens comme moi qui veulent aller chez le dentiste, on ne peut même pas, parce que c'est hors de prix, quoi. On fait comment ? Faut se priver de manger pour aller au dentiste ou faut se laisser pourrir les dents ?* »

✓ **Les situations administratives complexes**

Des situations requièrent dans certains cas un accompagnement, voire un travail de médiation auprès des institutions.

✓ **Les troubles psychiques ou psychiatriques**

Des personnes peuvent bénéficier d'un suivi médical, mais la coordination est parfois difficile avec les acteurs sociaux ou médico-sociaux. Les cloisonnements constituent un frein pour une approche globale des besoins de la personne.

✓ **Le problème d'alcool**

« *L'alcool m'empêche de prendre soin de ma santé. C'est difficile d'en sortir.* »

La consommation abusive d'alcool est-elle la cause d'une succession de ruptures – dont souvent des ruptures familiales –, ou bien la conséquence ? En tout cas, c'est un obstacle à un état de bien-être. Cela

devient « le » problème à régler avant tous les autres...

✓ **L'absence de « chez soi »**

Pour certaines personnes, le fait de disposer d'un logement autonome constitue un facteur de motivation, et on peut tout aussi bien faire la lecture inverse en cas d'absence de « chez soi ».

« *Que là d'avoir un bel appartement, vous avez envie de faire des choses, vous avez envie que ce soit propre, vous avez envie de vous sentir chez vous. Donc, vous faites tout pour être bien chez vous...* »

« *Ça permet d'avoir une vie plus saine déjà (...). Si les enfants n'ont pas de chambre, c'est la misère aussi.* »

✓ **Le manque de mobilité**

Diverses réponses existent pour pouvoir venir à un rendez-vous même sans disposer d'un moyen de locomotion autonome, mais encore faut-il en avoir connaissance... Encore faut-il pouvoir régler une participation, même si elle est modique...

✓ **L'isolement, la solitude**

Les proches peuvent stimuler et/ou constituer une source de motivation, en particulier ses enfants. A contrario, le fait d'être seul, de se sentir seul, freine l'envie.

Des leviers de motivation

Force est de constater que globalement, les personnes rencontrées sont extrêmement satisfaites de tout ce que l'on a pu faire pour les aider, pour les accompagner. Elles expriment une profonde reconnaissance envers ces bénévoles ou ces professionnels qui les ont accueillies à un moment. Comme dit l'une d'entre elles : « *En France, c'est top !* »

Mais il s'agit ici de personnes ayant enclenché une démarche auprès

d'un service ou d'un établissement. Pour elles, qu'est-ce qui a été le « déclencheur » ?

✓ **L'importance des enfants, de la famille**

Comme nous l'avons vu, les enfants peuvent être source de motivation, notamment pour leur éviter de connaître la même vie.

✓ **La qualité de l'accompagnement**

« *Je n'ose pas aller voir un psychologue. J'ai peur du jugement. J'aimerais que ce soit quelqu'un de mon âge, qui me comprenne, comme vous, en fait... C'est la première fois que je me dévoile autant à des personnes que je ne connais pas. Ça me fait du bien. Vous prenez le temps de m'écouter.* »

« *J'ai un neveu qui est mort jeune parce qu'il ne s'est pas fait soigner. J'ai trouvé que c'était du gâchis. Dans le même temps, j'ai rencontré X qui m'a fait me rendre compte que si je ne me soignais pas, mon état allait s'empirer et j'ai commencé à retourner soigner mes problèmes.* »

La disponibilité à l'autre, l'écoute, l'empathie constituent des leviers pour enclencher une relation d'aide.

✓ **Des activités utiles, du travail...**

« *Si j'avais du travail, oui je serais mieux dans ma tête, soulagée.* »

« *C'est le travail qui m'a aidée à arrêter l'antidépresseur...* »

✓ **L'hygiène de vie**

Une alimentation équilibrée et une activité physique pratiquée régulièrement sont citées à plusieurs reprises comme leviers pour la santé.

Cependant, il y a parfois un large fossé entre ce qu'il conviendrait de faire et ce que l'on fait ou ce qu'on peut faire réellement.



Enquête par entretien auprès de 42 acteurs 27 bénévoles « enquêteurs »

dont 12 du CÉAS de la Mayenne et 6 du Conseil de développement de Haute-Mayenne

Enquêteurs

Beuvallet Élisabeth, Bouté Catherine, Brière Jean-Bernard, Cantin Vanessa, Choynet Claudine, Coudray Jean-Yves, Davière Danielle, Durieux Alain, Geslot Julie, Houdou Angélique, Lalaire Joseph, Lardeux Jacqueline, Lecot Isabelle, Legay Bruno, Lemaitre Xavier, Lemarchant René, Leroy Isabelle, Lesaulnier Michelle, Mallier Monique, Martin Céline, Minzière Georges, Pelloin Isabelle, Plessis Georges, Plumail Thérèse, Poitevin Jean-Marie, Rossignol Marie-Madeleine, Sonnet Bernard.

Les acteurs rencontrés

Aid'a dom, Laval
Alcool Assistance, Laval
Alternatri, Saint-Berthevin
Association départementale d'aide aux victimes d'infractions (Adavip)
Association des familles de détenus, Laval
Association mayennaise d'action auprès des gens du voyage (Amav)
Association mayennaise pour l'insertion (AMI), Mayenne
ATD Quart-Monde
Catherine Bossé (Conseil départemental)
CCAS de Mayenne
CCAS et logement-foyer du Horps
Centre de soins La Bréhonnière, Astillé
Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF)
Centre information jeunesse, Laval
Centre social Agitato, Mayenne
CEPAN Refuge de l'Arche, Château-Gontier
Copainville, Mayenne
Deux-Rives, Laval
Élisabeth Doineau (Conseil départemental)
EDI Active, La Chapelle-au-Riboul
EDI Jardin Fleuri, Grez-en-Bouère
Emmaüs, Villiers-Charlemagne
Entr'Aide Services, Château-Gontier
Épicerie sociale Coup de pouce, Laval
Équipe mobile d'addictologie (EMA), Laval
Études et chantiers
FJT Iliade, Château-Gontier
Génie, Laval
Jardins du Cœur, Laval
Maison des adolescents, Laval
Mayenne Habitat
Méduane Habitat
Mission locale
Partage, Laval
Pension de famille Paul Laizé, Laval
Protection maternelle et infantile (PMI)
Secours Catholique
Secours Populaire de la Mayenne
Service PASS, Centre hospitalier de Laval
Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), Laval
Solidarité Paysans
Valoren, Gorron

Enquête auprès des acteurs locaux

Des problématiques d'abord liées à la santé mentale

Les entretiens auprès des acteurs locaux confirment que le public en situation de précarité correspond à un large éventail de personnes. En fonction des problématiques, souvent multiples, la précarité peut aussi bien toucher les jeunes que les moins jeunes, des personnes seules avec ou sans enfant(s), des familles en activité avec des revenus insuffisants, des personnes ou des familles d'origine étrangère, des SDF ou encore des gens du voyage.

Certaines structures notent une augmentation du nombre de personnes en situation de précarité : de plus en plus de jeunes et de personnes âgées seraient concernés, tout comme les familles monoparentales et les familles avec deux faibles salaires.

Plus d'une trentaine d'entretiens mentionnent des problématiques liées à la santé mentale concernant les personnes accompagnées. Les acteurs locaux évoquent le mal-être, le burn-out, la précarité affective, la solitude, la perte d'estime de soi, la perte des repères, la dépression, la détresse, la somatisation, les troubles psychiques ou psychiatriques...

Outre la santé mentale, six autres difficultés liées à la santé ressortent :

- ✓ Les pratiques addictives ;
- ✓ Les conséquences d'une mauvaise alimentation, le surpoids, l'obésité ;
- ✓ Les soins dentaires et ophtalmologiques ;
- ✓ Les problèmes cutanés ;
- ✓ Les problèmes gynécologiques ;
- ✓ Les problèmes cardiovasculaires.

Des facteurs personnels aggravants

Comment les acteurs locaux expliquent-ils les problèmes de santé des publics en situation de précarité ? Là encore, il est complexe de dissocier ce qui relève des causes et des conséquences...

✓ **Les pratiques addictives**

La consommation de tabac et/ou d'alcool a un effet direct sur la santé, mais elle a aussi un coût financier

pour la personne – au détriment de l'accès à des biens ou des services plus positifs pour la santé. Les paris et les jeux de hasard tendent également à appauvrir certaines personnes devenues dépendantes.

✓ **Les revenus insuffisants, l'endettement**

Le manque de moyens financiers oblige à faire des choix – et la santé

Jean-Yves Coudray :

« J'en suis sorti avec beaucoup de respect »...

« Venir parler de la santé des publics précaires m'a donné l'occasion d'entendre des professionnels qui ont parfois la foi du charbonnier pour leur métier. Les entretiens ont été une succession de moments d'intimité dévoilée : par un exemple, par un mot, parfois par un silence gêné. Finalement, la grille de collecte des informations était parfois secondaire tant le témoignage était fort et ne méritait pas d'être interrompu. Tous trouvent qu'ils s'en sortent pas si mal par rapport à d'autres, en terme de moyens, de publics ou de réseau, et au final chacun est dans la même situation : à faire ce qu'il peut pour que la personne qui a eu le mérite de dire qu'elle avait besoin d'aide soit récompensée de son effort : par une écoute, une solution, une réponse.



La santé est un bien immatériel mais dont le prix est déterminé nationalement par l'Ondam ⁽¹⁾. Mais personne ne sait évaluer son capital santé d'une manière qui puisse l'aider à se responsabiliser. Le permis à points de la santé n'existe pas, alors on brûle la santé par les deux bouts, parfois faute de ressources matérielles. Demain faute de professionnels ? Avez-vous déjà vu dans une émission grand public la question de la santé traitée autrement que par la table ronde de médecins ou sous l'angle de l'épidémie mortelle ? Comment pourrait-on toucher les familles ?

En ayant accompli seulement quelques entretiens, j'en suis sorti avec beaucoup de respect pour les personnes rencontrées, pour les personnes évoquées. De nombreuses questions personnelles et une envie très forte de serrer dans mes bras ceux que j'aime et qui pourraient demain être confrontés à l'incident qui les ferait basculer. Faut pas y penser, mais si, juste un peu »

(1) – L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été créé par les ordonnances de 1996. Il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il intègre un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

Claudine Choisnet, le ressenti d'une bénévole sur l'expérience : la prégnance d'une précarité « affective »

Pourquoi avoir participé ?

« Ce fut un choix spontané et vraiment naturel sans me poser de questions “métaphysiques” préalables. J'y trouvais un intérêt général, à savoir celui d'apporter une contribution (même très modeste) à un travail qui me paraissait utile et fort intéressant ; mais aussi un intérêt très personnel, égoïste, celui de profiter de ce prétexte pour momentanément me replonger avec des acteurs professionnels en activité dans un domaine assez proche de celui qui fut le mien au long de mon propre parcours professionnel. »

Quelles attentes ?

« Sincèrement, je n'avais aucun a priori : la diversité des populations (enfants, ados, familles, public en situation financière difficile) approchées par nos interlocuteurs “enquêtés”... Tout ce panel laisserait apparaître sans nul doute des aspects et des variantes, voire des différences sensibles qu'il serait intéressant d'appréhender, analyser, décrypter pour apporter des réponses adaptées. »

Constats et ressentis ?

« Or ce fut là ma surprise et mon étonnement. Contre toute attente, si je ne devais retenir que le plus marquant et frappant de cette expérience, – du moins en ce qui me concerne, de ce que j'ai pu ressentir –, c'est que la santé et la précarité dont on nous parlait au cours des entretiens, ne portaient pas tant sur des problèmes de santé physiques nécessitant des traitements allopathiques et sur leur lien direct avec les situations de précarité matérielle et financière (même s'il y a bien sûr des réalités fortes), que sur des préoccupations, des constats de situations dramatiques de personnes ou de familles, qui pourraient se résumer en quelques mots qui résonnaient dans ma tête comme un leitmotiv : ruptures, isolement social, repli sur soi, perte d'estime de soi, vulnérabilité, fragilité.

La précarité matérielle et financière est certes source de risques de dégradation de santé physique évidents et les recherches de solution sont nécessaires à mettre en œuvre, voire impératives. Toutefois, on ne saurait négliger que la source profonde des maux, l'origine se trouve beaucoup plus dans une précarité “affective” au sens large du terme, indépendamment du milieu social – la précarité matérielle n'étant dès lors qu'une conséquence le plus souvent dans toutes ces histoires de vie... Alors si on veut également s'attaquer aux sources, aux raisons profondes, on est vite renvoyé à des questions sur notre société, sur la nature du lien social, comment il se noue, se dénoue, se délite. Pourquoi ? Comment ? Quand ? Et cela, je n'y pensais pas aussi précisément avant l'enquête, alors que c'est très vite devenu une évidence lors de la rédaction des entretiens. »

ne constitue pas toujours la priorité pour les publics précaires.

✓ **La rupture des liens familiaux et/ou sociaux**

Le fait de se retrouver seul amène parfois à négliger sa santé par manque d'intérêt, par manque de motivation.

✓ **La perte des repères**

La précarité fait perdre le sens de ce qui est important, d'où parfois une certaine « désinvolture », voire de l'agressivité gratuite.

✓ **Les difficultés de communication**

Des personnes en situation de précarité peuvent avoir de graves difficultés de compréhension et/ou d'expression, ce qui rend plus compliquées les relations avec les professionnels de santé.

La compréhension de l'offre et des dispositifs implique une médiation. Le problème est accentué par la difficulté d'accès à l'informatique et par la dématérialisation.

✓ **La peur des institutions et des professionnels de la santé et du social**

Une telle peur peut paraître irrationnelle, mais renvoie souvent à des expériences malheureuses, à des représentations infondées. Elle n'en

est pas moins réelle et implique un accompagnement pour dépasser les réticences.

✓ **Des blocages culturels**

Dans le même sens, le rejet peut reposer sur des blocages culturels. C'est le cas, par exemple, quand le rejet est justifié par la volonté de ne pas être considéré comme un « assisté ». C'est alors une question de dignité pour la personne.

✓ **Des problèmes matériels**

Il peut s'agir de problèmes de mobilité (pas de voiture), de logement (insalubrité, surpopulation..), de travail (pénibilité).

Des facteurs institutionnels aggravants

Cette fois-ci, ce sont les professionnels ou les services dont la situation, le positionnement, les limites, constituent des freins à l'accès aux soins pour les publics précaires :

- ✓ La pénurie de professionnels de santé (limite des moyens humains) ;
- ✓ L'accroissement de la demande et des besoins ;
- ✓ La complexification des systèmes administratifs et de soins qui finit par décourager le public précaire ;
- ✓ La méconnaissance de l'offre, de son fonctionnement, de ses missions ;
- ✓ Les difficultés dans la circulation de l'information (cloisonnements

institutionnels, classique retransmission derrière le « secret professionnel »).

Prévenir, plutôt que guérir...

Les acteurs locaux ont mis l'accent sur quatre leviers visant à éviter la précarisation, et en particulier par la santé. Ils sont déjà mis en œuvre, mais seraient à développer :

- ✓ Le repérage des situations de précarité le plus en amont possible.
- ✓ La mise en œuvre d'actions de prévention précoce (c'est-à-dire au niveau des écoles).
- ✓ La médiation dans l'accès aux droits et à la santé (information, sensibilisation et aussi accompagnement).
- ✓ La prévention auprès des adultes, par tous les moyens pos-

sibles (ateliers, séjours, formations, groupes de parole, etc.), pouvant porter sur l'alimentation, la promotion de l'activité physique, le « prendre soin de soi », la parentalité, la gestion du budget, les économies d'énergie...

Au niveau des professionnels et des services, l'accès aux soins et à la santé des publics précaires implique des efforts pour mieux connaître les différents acteurs, pour éviter les cloisonnements, développer le travail en réseau.

Cela implique la formation continue pour les professionnels, de l'analyse de pratique... et le renforcement des moyens pour des réponses pertinentes, adaptées, et parfois innovantes.

Conseil de développement de Haute-Mayenne Forte implication... pour enrichir sa connaissance du territoire

« Le Conseil de développement de Haute-Mayenne a mis en place un groupe de travail sur la santé suite à la sollicitation de la communauté de communes du Pays de Mayenne, en 2013, pour émettre un avis sur le contrat local de santé et le projet de pôle de santé. Ce groupe composé de personnes venant de différents horizons a mené tout un travail afin d'étayer son avis.

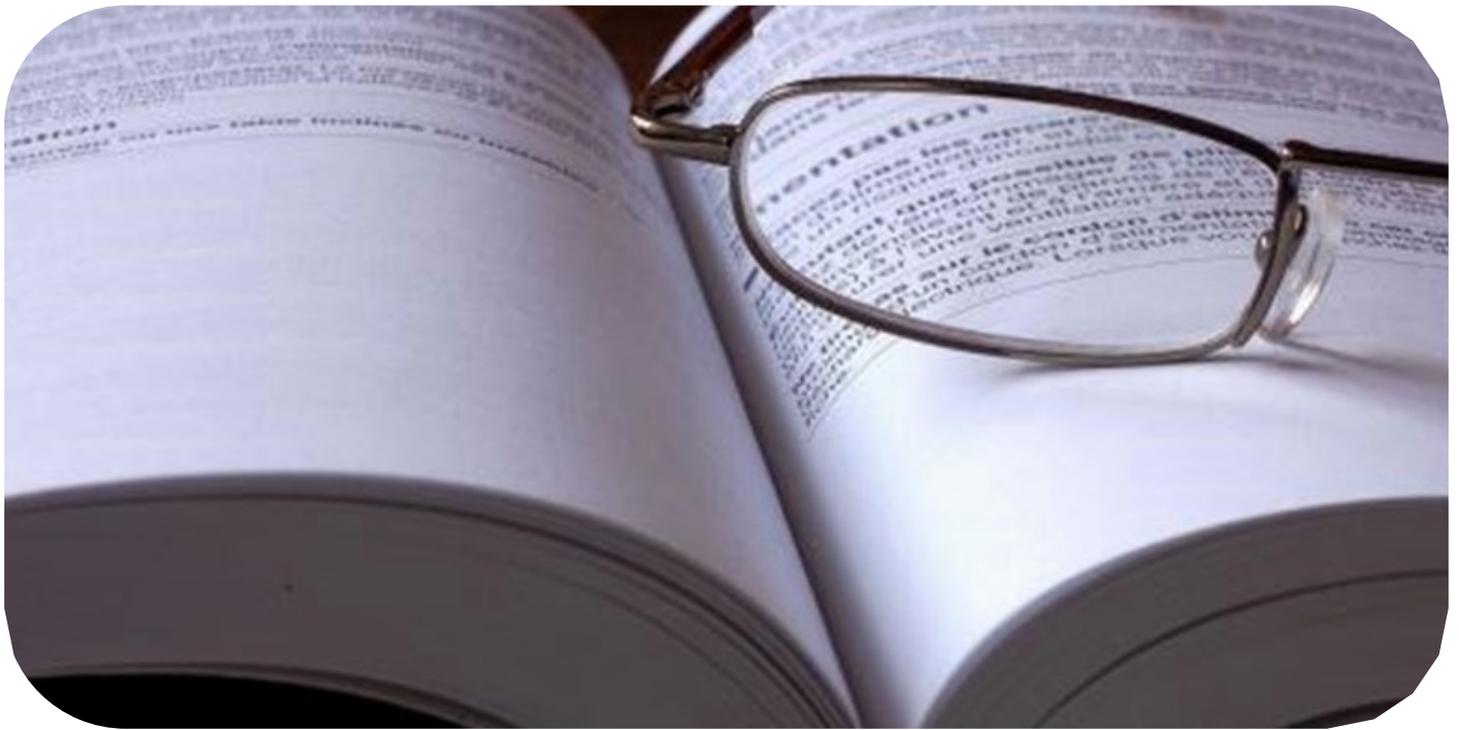
C'est assez naturellement qu'il a répondu, en juin 2014, à l'appel lancé par le collectif émanant de la Conférence de territoire afin de contribuer à l'enquête sur l'accès à la santé des personnes en situation de précarité. Conscient des enjeux, qui plus est sur un territoire où le nombre de personnes disposant de ressources modestes est une réalité qui risque de s'accroître, le Conseil de développement a estimé que cela lui offrirait une occasion de mieux connaître les réalités de terrain et les structures, enrichissant ainsi sa connaissance du territoire.

Ces attentes ont été atteintes grâce aux enquêtes et à la synthèse départementale qui en a résulté. Cette meilleure connaissance étayera nos avis, nous facilitera la mise en place de partenariats afin d'élargir les groupes de travail.

Plusieurs personnes ont découvert à cette occasion la Conférence de territoire et souhaitent poursuivre la coopération avec le collectif. L'échelle départementale nous paraît adaptée au sujet. »



Conseil de
développement
de Haute Mayenne



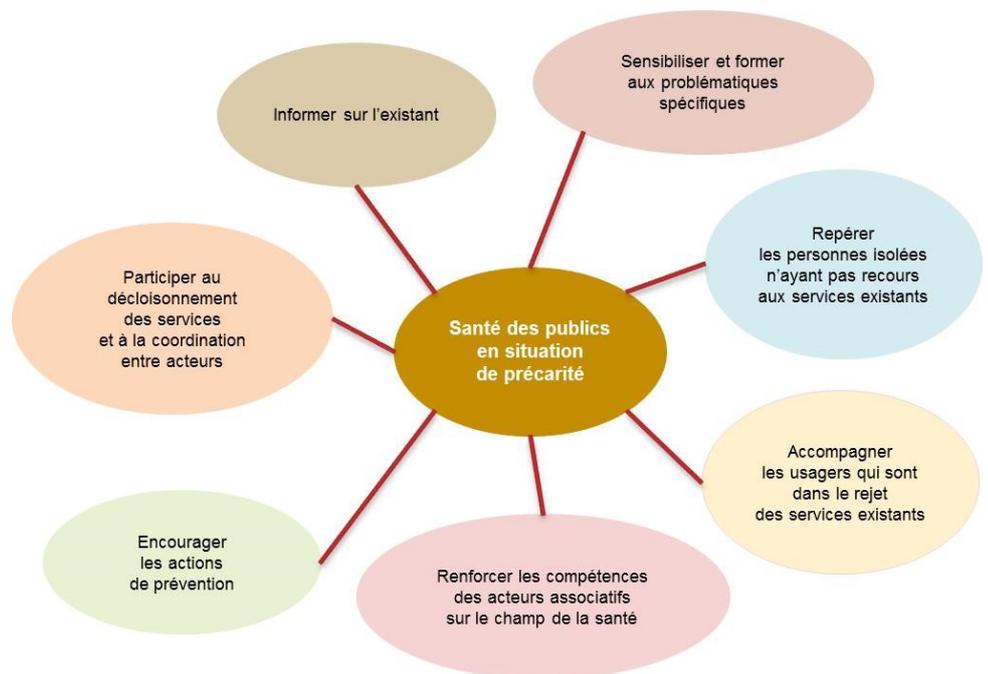
La synthèse du collectif : pour des propositions réalistes et utiles

À l'issue des restitutions du travail réalisé, le collectif s'est retrouvé, début 2016, pour réfléchir aux prolongements possibles.

Une première observation a porté sur le fait que le travail réalisé se croise avec diverses politiques qui peuvent avoir, comme cadre territorial, la région, le département, une communauté de communes ou d'agglomération, ou encore une ville.

Dès lors, le collectif a cherché à formuler des propositions qui soient réalistes (en l'absence de budget spécifique) et utiles aux personnes concernées (usagers, acteurs de l'accompagnement), et par conséquent sans redondance avec l'existant.

Le collectif a observé que tous les travaux engagés jusqu'à présent convergent vers les mêmes axes possibles.



Dans un premier temps, le collectif a souhaité mettre l'accent sur l'information (condition préalable aux autres axes) et sur la sensibilisation et la formation.

La présente publication répond à la première action du programme. La deuxième portait sur un Répertoire

des acteurs et dispositifs relatifs à la santé des publics précaires. Cependant, la santé mentale est devenue une nouvelle priorité, mais la ligne directrice est respectée au regard de la place que prennent les problématiques de santé mentale pour les publics précaires...



Ce qu'il reste pour consommer et épargner librement quand les dépenses contraintes sont réglées

En décembre 2016, Aurélien d'Isanto et Nathan Rémila (ministère des Affaires sociales et de la Santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees), sont les deux auteurs du n° 11 des *Dossiers de la Drees* : « Entre revenu disponible et dépenses pré-engagées : combien reste-t-il aux bénéficiaires de revenus minima garantis ? » (40 pages). L'étude utilise des données de 2011 et 2012.

Le niveau de vie médian des personnes vivant dans un ménage de France métropolitaine bénéficiaire de revenus minima garantis s'élève à 910 euros par mois en 2012 ⁽¹⁾, alors qu'il s'élève à 1 540 euros par mois en 2011 pour l'ensemble des personnes vivant en France métropolitaine. Le niveau de vie médian varie selon le type de revenu minimum garanti : de 740 euros pour les bénéficiaires du RSA socle non majoré à 1 210 euros pour les bénéficiaires de l'AAH.

En 2011, les ménages de France métropolitaine consacrent un peu plus du tiers de leur revenu disponible à des dépenses pré-engagées (34 %). Cette part s'élève à 42 % en 2012 pour les bénéficiaires de revenus minima garantis. Là également, on observe des écarts très sensibles selon la prestation perçue (de 36 % pour les bénéficiaires de l'AAH à 47 % pour le RSA socle majoré).

Pour les bénéficiaires de revenus minima garantis, nous avons vu que 42 % du revenu disponible des ménages est constitué de dépenses pré-engagées. Parmi celles-ci, le poste le plus important est lié aux dépenses de logement (27 % du revenu disponible), loin devant les remboursements d'emprunts non liés à la résidence principale et frais bancaires, les cotisations aux assurances hors complémentaires santé, les abonnements aux services de télécommunications (4 % pour chacun de ces trois postes). La part des dépenses totales de logement varie de 23 % pour les bénéficiaires de l'AAH à 35 % pour les bénéficiaires du RSA socle majoré.

Définitions

Revenu disponible : ce sont les revenus déclarés aux services fiscaux, auxquels on ajoute les prestations sociales perçues et les revenus du patrimoine non imposables, et desquels on soustrait les impôts directs payés.

Dépenses pré-engagées (ou contraintes) : ce sont les dépenses que les ménages doivent honorer, sans possibilité à court terme de s'y soustraire (ex. loyer pour un appartement, consommation d'eau et d'énergie, remboursements d'emprunts, assurances, abonnements aux services de télécommunications, frais scolaires et universitaires...).

Revenu arbitral : il est égal à la différence entre le revenu disponible et les dépenses pré-engagées. C'est le revenu pour lequel le ménage peut librement décider, chaque mois, de consommer ou d'épargner. Les dépenses alimentaires relèvent de ce revenu arbitral. Selon la Drees, son étude par unité de consommation (UC) permet « de mieux mesurer les marges de manœuvre financières réelles des ménages et, peut-être, de se rapprocher ainsi de leur ressenti ».

Ménages bénéficiaire de revenus minima garantis : l'étude de la Drees prend en compte les quatre principales prestations : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et le minimum vieillesse.

Unité de consommation (UC) : pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

La part des dépenses pré-engagées dans le revenu disponible dépend également de la configuration familiale du ménage. Parmi les ménages bénéficiaires de revenus minima garantis, en 2012, elle est de 51 % pour les personnes seules, 44 % pour les familles monoparentales, 43 % pour les couples sans enfant et 39 % pour les couples avec enfant(s).

Drees relève que les frais scolaires et universitaires ne constituent pas un poste de dépense élevé (proportionnellement, par exemple, aux dépenses de logement). Or, leur part est toujours plus faible pour les ménages bénéficiaires de revenus minima garantis que pour l'ensemble des ménages, quelle que soit la configuration familiale. Les deux auteurs avancent deux expli-

(1) – La médiane divise une population en deux. Ici, il y a autant de personnes qui disposent de plus de 910 euros par mois que de personnes disposant de moins de 910 euros.

cations : d'une part, le moindre accès des jeunes issus d'un milieu social défavorisé aux études supérieures ; d'autre part, les réductions et les exonérations accordées sur ces dépenses aux ménages disposant de faibles revenus.

Par ailleurs, les deux auteurs remarquent que parmi les bénéficiaires de revenus minima garantis, comme parmi l'ensemble de la population, la part des dépenses pré-engagées dans le revenu disponible est légèrement plus faible pour les ménages vivant en commune rurale qu'en commune non rurale.

L'étude montre que plusieurs dispositifs sociaux contribuent à réduire la part des dépenses pré-engagées dans le revenu disponible. Ils concernent notamment les dépenses de logement (accès au logement social et aides au logement), les dépenses de cotisations aux assurances complémentaires santé, les dépenses de télécommunications... Ainsi, en France métropolitaine, 64 % des ménages bénéficiaires de revenus minima garantis ont perçu une aide au logement en 2012 (81 % des bénéficiaires du RSA socle majoré et 74 % des bénéficiaires du RSA activité seul).

Moins de 500 euros par mois pour consommer et épargner

Si les dépenses pré-engagées doivent en théorie être honorées, en pratique certains ne peuvent y faire face au moment prévu et doivent donc normalement les régler plus tard, parfois avec des pénalités. Le logement (hors remboursements d'emprunts liés à la résidence principale), poste de dépenses le plus important, est également celui pour lequel la fréquence de difficultés de paiement est la plus élevée. Ainsi, 16 % des bénéficiaires de revenus minima garantis ayant dû faire face à des dépenses de logement le mois précédent (loyer, énergie, eau...) n'ont pas été en mesure de régler entiè-

Comprendre le RSA

Depuis le 1^{er} juin 2009, le revenu de solidarité active (RSA) a remplacé le revenu minimum d'insertion (RMI). Il s'agit d'une prestation sociale qui existe sous deux formes. Quel que soit le type de RSA, cette prestation est une aide qui vise à garantir à chaque résident du territoire français un revenu minimum.

Le RSA socle s'adresse aux personnes n'exerçant aucune activité et n'ayant pas ou plus de droit au chômage ou à l'ASS.

Le RSA activité, qui n'existe plus depuis le 1^{er} janvier 2016, concernait les personnes exerçant une activité même partielle mais percevant des revenus modestes. Il a été remplacé par la prime d'activité.

L'attribution du RSA socle est liée à des conditions d'âge, de nationalité, de résidence et de ressources.

Le montant du RSA est de : 559,74 euros par mois pour une personne seule et sans enfant ; 839,62 euros pour un couple avec aucun enfant ; 1 007,55 euros pour un couple avec un enfant ; 1 175,47 euros pour un couple avec deux enfants ; 958,37 euros pour un parent isolé avec un enfant et 1 197,97 euros si deux enfants. Par enfant supplémentaire, une majoration s'applique : elle est de 223,89 euros pour un couple et de 239,59 euros pour un parent isolé.

rement les factures (de 10 % des bénéficiaires de l'AAH ou du minimum vieillesse à 21 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré, voire 26 % des bénéficiaires du RSA socle majoré).

Pour faire face aux difficultés de paiement des factures, un peu plus de 5 % des bénéficiaires de revenus minima garantis reçoivent en 2012 une aide financière régulière de la part de leur famille ou d'amis, et ce, d'ailleurs, que les dépenses soient pré-engagées ou non (aide non prise en compte dans le revenu disponible).

En déduisant les dépenses pré-engagées du revenu disponible, on obtient le revenu arbitral – ce qui reste pour « librement » consommer et épargner. En 2012, la médiane du revenu arbitral par UC des personnes appartenant à un ménage bénéficiaire de revenus minima garantis s'élève à 500 euros par mois. La médiane est de 980 euros en 2011 pour l'ensemble de la population. Pour les bénéficiaires de revenus minima garantis, la médiane varie de 400 euros (RSA socle non

majoré) ou 410 euros (RSA socle majoré) jusqu'à 760 euros (AAH).

Les dépenses alimentaires représentent 31 % du revenu arbitral des bénéficiaires de revenus minima garantis vivant en France métropolitaine en 2012, soit dix points de plus que pour la population générale (21 %). Les bénéficiaires de revenus minima garantis réservent par ailleurs 8 % de leur revenu arbitral, en 2012, aux dépenses de transports collectifs ou urbains et de carburant.

La médiane du revenu arbitral par UC amputé des dépenses alimentaires est de 330 euros par mois pour l'ensemble des personnes appartenant à un ménage bénéficiaire de revenus minima garantis.

Ainsi, souligne la Drees, la moitié des personnes vivant dans un ménage bénéficiaire de revenus minima garantis se retrouvent avec un peu moins de 11 euros par jour et par UC consacrés à leurs dépenses non pré-engagées et non alimentaires (25 euros pour l'ensemble de la population).