

Rapport de recherche :

« Etude des processus relatifs aux démarches d'accès à la CMUC et à l'ACS »

A destination de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte-d'Or et de l'Agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté

IRTESS septembre 2017



Rapport de recherche :

« Etude des processus relatifs aux démarches d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire et à l'aide complémentaire santé »



Remerciements :

Tous nos remerciements pour la confiance et la disponibilité dont les différents acteurs, salariés de la CPAM de Côte-d'Or et assurés, ont fait preuve à notre égard afin de réaliser cette étude.



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I Des protections fondamentales	2
II Retour sur la méthode	6
III Les visages pluriels de la précarité	8
IV Les précarisés : qui sont-ils ?	11
4-1 Un précaire apaisé et intégré	12
Des anciens SDF	13
Des retraités fragiles	14
Des handicapés valides	15
4-2 Un précaire combatif	16
Les travailleurs de la discontinuité	17
Le combat courageux des familles monoparentales	18
Les jeunes précaires temporaires	20
V Une démarche qui ne va pas de soi	23
Un droit qui vous expose	23
Une fierté éprouvée	24
Une chance à saisir	26
VI Des agents pleinement investis	29
Des professionnels peu contestés	29
Un accueil plébiscité	30
Une métamorphose approuvée	32
Une confiance affirmée	33
VII La place du collectif	36
Le refus de la chosification	36
Une instance de reconnaissance	37
Une expérience qui change tout !	39
Un effet cathartique	41
VIII Entre acceptation et critique	45
CONCLUSION	550
ANNEXES : guide d'entretien et statistiques descriptive de la population	55

INTRODUCTION

La défense de l'accès au droit des personnes en situation de pauvreté/précarité est une priorité pour les CPAM très impliquées sur cette question, et nul ne saurait le contester. Nonobstant, la CPAM de Dijon ne s'est pas contentée d'appliquer la réglementation, elle a en effet souhaité aller plus loin en faisant évoluer la prise en compte et la prise en charge des bénéficiaires par la mise en place d'un accueil collectif destiné à informer les bénéficiaires de leurs droits, tout en accélérant le traitement des demandes de CMU-C et d'ACS. Après plus d'une année de fonctionnement, la CPAM de Dijon a confié une étude à l'IRTESS de Dijon pour évaluer son dispositif à partir du discours de ses bénéficiaires sur deux territoires hétérogènes : Dijon centre-ville qui accueille principalement des populations urbaines, et Beaune qui accueille des bénéficiaires installés dans un espace géographique urbano-rural élargi et contrasté, où se côtoient l'aisance ostentatoire d'un côté et la précarité invisible de l'autre.

Après plus d'une année d'expérimentation, le constat partagé par la CPAM est plutôt positif : le dispositif d'accueil collectif apparaît conforme aux objectifs de sa mise en œuvre et comme un outil performant d'égal accès aux soins pour les publics socialement fragiles, comme le scandent les responsables de la CPAM de Dijon. Ces derniers défendent avec force et conviction cette égale nécessité d'accès aux soins de tous, élevant le principe de non-discrimination au rang de vertu cardinale, en dépit du fait que cet accès aux droits ne va pas de soi. Pourquoi ? Eh bien, parce que les phénomènes de non recours aux droits¹ de renoncements aux soins, d'effets de seuil, de refus de soins demeurent insatisfaisants malgré un nombre significatif de bénéficiaires sur le plan national puisque l'on comptait au 31 octobre 2015, un peu

¹ Revue Esprit, « La pauvreté perdue de vue », Numéro 10, Octobre 2012.

plus de 5 millions d'affiliés². Le recours à l'ACS semble tout aussi difficile, puisque le nombre d'adhérents au dispositif (bien qu'il soit en hausse)³ resterait, si l'on en juge les experts, largement inférieur au nombre d'éligibles. Les raisons sont plurielles, que ce soit par manque d'information, par la difficulté de sa compréhension, par des considérations d'ordre financière ou en raison des démarches administratives longues et complexes à entreprendre pour certains bénéficiaires qui seraient tentés d'y renoncer.

Cette problématique de l'accès aux soins a été largement débattue est analysée dans de nombreux rapports qui énoncent par la froideur des chiffres, des réalités parfois peu discernables et souvent peu contrastées. Il s'agit ici, et c'est sans doute la singularité de la démarche demandée, de mieux connaître les bénéficiaires, en s'appuyant sur des éléments de leur parcours biographique, afin de mieux comprendre qui ils sont. Dans un second temps, nous montrerons le regard critique qu'ils portent sur ces aides sociales à la santé qui leur sont proposées après leur engagement dans le dispositif. Enfin, il conviendra de voir plus spécifiquement en quoi la démarche collective proposée par la CPAM de Dijon et Beaune participe ou non à cette reprise en main de leur fatum : responsabilisation des bénéficiaires en matière de santé, capacité à se reprendre en main, émancipation des publics, etc.

I Des protections fondamentales

Avant de revenir sur l'étude menée auprès des bénéficiaires de la CPAM de Dijon et de Beaune et sur les analyses que nous avons été en mesure de produire, il nous paraissait important de faire un détour historique synthétique pour rappeler quelques-unes des raisons qui ont pu présider à la création de la CMU-C et de l'ACS en montrant comment la création d'un support de protection nécessaire s'inscrit dans un nouveau rapport de protection obligé.

² Référence, La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle, numéro 62.

³ Ibidem : on comptait au 31/12/2016, 1116 347 bénéficiaires de l'ACS

Depuis la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, la notion « d'accès aux soins » fera sens et date car elle devient, un principe d'égalité dans l'accès aux soins des plus démunis. L'architecture de ce droit s'établira à partir de la loi du 13 août 2004. Ce sont trois dispositifs sensés répondre aux inégalités observées en matière d'accès aux soins qui seront imaginés : tout d'abord, une CMU de base⁴, elle sera utilement complétée par la CMU-C qui donne droit à une couverture sociale complémentaire gratuite, sous condition de ressources et résidence. Le dispositif s'étoffera avec la création de l'ACS⁵ qui en finalisera la structure. Ce corpus juridique sera réaménagé à nouveau par la création d'une protection universelle maladie (PUMA) relative à la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), de 2016. La PUMA, (qui rend caduque la CMU de base) entraînera dans son sillage une simplification de la démarche moins discriminante, mais aussi, et le changement est d'importance, elle garantit désormais la continuité des droits en maintenant les assurés dans le régime d'assurance maladie, évitant ainsi toute rupture du droit en cas de changement de situation de la personne. Ces supports de protection en évolution marquent très clairement le volontarisme des pouvoirs publics d'assurer coûte que coûte le maintien d'une protection, *a minima*, des bénéficiaires sur le volet santé en répondant à un accroissement des phénomènes de précarisation de population, qui se caractérise par l'émergence de nouveaux profils de personnes vulnérables qui s'apparentent à un précarat⁶. Ces dernières viennent s'agréger à la fois à des accidentés de la vie, ainsi qu'à une population dont la pauvreté structurelle est persistante.

⁴ La CMU de base permet aux personnes résidant en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent pas être affiliées à un autre titre. La CMU complémentaire permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite

⁵ L'ACS offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C, une aide financière pour la souscription d'un contrat de complémentaire santé ou pour le financement d'un contrat en cours.

⁶ Le précarat rassemble des individus aux expériences non homogènes, mais dont le point commun est à la fois la fragilité professionnelle et la conscience d'une absence de perspective d'avenir, car tout ce qu'ils font est axé sur l'instant présent.

Devant ces constats, nous voudrions insister sur le fait qu'être protégé n'est pas un état naturel, c'est une situation construite comme le montre l'évolution des modalités de prise en charge des plus fragiles d'entre nous. Le travail remarquable mené par la CPAM renvoie à cette idée fondamentale que la société de la modernité s'est construite, comme le rappelle Robert Castel, sur « le terreau de l'insécurité »⁷ qui correspond à cette période récente de notre histoire où des individus libérés des contraintes communautaires en quittant la terre et ses dépendances, vont se retrouver totalement démunis en dépit du fait d'avoir recouvré une liberté par le travail. En effet, sans protection, ils feront alors l'expérience de l'insécurité sociale qui les conduira à la misère sociale du XIXe siècle que l'on qualifiera de paupérisme. Notre société est parvenue jusqu'à aujourd'hui à conserver cet héritage fragile issu de luttes sociales en devenant une société de sécurité par la force des choses, car la sécurité est la condition *sine qua non* pour que les individus tiennent debout.

Le travail mené dans le cadre de l'accompagnement des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, nous montre de façon concrète toute l'importance de protéger les plus insécurisés quand ils sont victimes d'un décrochage à la suite d'événement qui parfois se conjuguent (maladie, accident, chômage, retraite...). Ils se retrouvent dans l'incapacité parfois totale de ne plus pouvoir gagner leur vie en travaillant, remettant en cause leur appartenance sociale qu'ils tiraient de leurs propres salaires. En participant à cette lutte contre « l'insécurité sociale », les agents de la CPAM luttent contre la pauvreté et la précarité qui lorsqu'elles ne sont pas encadrées, démoralisent, dissocient, mettent à mal les liens sociaux qui se réduisent et minent les esprits des individus. Ces derniers auront tendance à se replier sur eux-mêmes car « l'insécurité sociale » se traduit par un sentiment d'infériorisation sociale qui peut, et les bénéficiaires de la CPAM ne sont pas épargnés, les conduire à de la souffrance psychique se manifestant par la perte de confiance en soi et par un sentiment de plus en plus aigu d'inutilité sociale. Autrement dit, se retrouver dans

⁷ CASTEL R., l'insécurité sociale, Qu'est-ce qu'être protégé ? Éditions du Seuil et La République des Idées, 2003.

l'insécurité permanente, c'est être dans l'incapacité de pouvoir maîtriser le présent, d'anticiper positivement l'avenir. Nous aurons l'occasion d'y revenir en identifiant quelques-unes des conséquences de l'insécurité sociale qui, pour certains, s'apparentent à une lutte pour la survie dont l'issue, sans les protections qui lui sont données aurait sans nul doute des effets beaucoup plus dramatiques.

L'activité de la CPAM ne semble pas connaître de creux, dans la mesure où nous assistons à une déstabilisation de plus en plus forte des statuts socioprofessionnels⁸ qui ont pour conséquence de produire des « surnuméraires » qui provoquent des déchirures dans une société où les risques d'anomie ne sont pas totalement écartés. Ces « surnuméraires » sont considérés parfois comme des gens dont on ne sait que faire, à l'image du chômeur de longue durée qui souffre de ne pas retrouver une place dans la structure sociale. Ces derniers viennent s'agréger aux populations précaires, bien identifiées par René Lenoir (mal-logés, personnes âgées, inadaptés sociaux etc)⁹. L'intérêt de construire des filets de protection et de les ériger en barrières de protection sociales capables de bloquer les risques de « désaffiliation sociale »¹⁰ qu'ils soient d'ordre insertionnel ou social qui guettent ces populations démunies et vulnérables ne fait donc aucun doute. En effet, ces populations déstabilisées peuvent mettre en danger cette « société de semblables » ou de « société des égaux », pour reprendre l'expression de Pierre Rosanvallon¹¹ qui symbolisait une société différenciée, mais dont tous les membres pouvaient néanmoins entretenir des relations d'interdépendance, constituant ainsi cette société idéalisée par le sociologue Emile Durkheim où chacun pouvait prétendre occuper une place à l'image des communautés rurales aujourd'hui en voie d'extinction.

⁸ LIPIETZ A., *La société en sablier*, Editions La Découverte, 1996.

⁹ LENOIR R., *Les exclus : un Français sur dix*, Editions du Seuil, 1989.

¹⁰ La désaffiliation sociale nous renvoie aux travaux de Robert Castel pour qui le désaffilié social est pris dans une série de ruptures qui peut le conduire dans le pire des cas à une perte des liens sociaux et une perte du lien au travail, synonyme d'exclusion. Cf. CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Editions Fayard, 1995.

¹¹ ROSANVALLON P., *La société des égaux*, Editions du Seuil, 2011.

II Retour sur la méthode

La première phase de la démarche d'étude passera par un temps d'observation des équipes de la CPAM de Dijon et par la participation à une séquence d'informations collectives. La seconde phase se poursuivra par la démarche d'enquête. Nous avons interrogé 26 personnes sur les deux sites de Dijon et Beaune dans le cadre d'entretiens semi directifs¹² qui ont eu pour but d'associer explications et compréhension et de saisir ce qui « flotte dans la tête des hommes réels » pour reprendre l'expression du sociologue Max Weber¹³. Cette méthode vise à soumettre l'action individuelle des individus qui se retrouvent au centre du jeu social dont ils sont habituellement exclus, en leur donnant la parole afin de sortir d'une conception atomisée et hypostasiant de l'individu. En effet, cette négation de l'individu individualisé consiste à penser encore trop souvent les individus en situation de précarité comme des masses d'individus inertes qu'il faut regarder en tant que tel sans prendre en compte leur singularité, leur diversité.

Les entretiens ont été menés à partir d'une grille validée par la CPAM. Les objectifs visés avaient pour but de donner à voir les visages multiples des bénéficiaires pour sortir d'une catégorie totalisante et souvent peu éclairante qui est celle du « précaire ». Nous nous sommes attardés à la rédaction d'une série de questions pour mieux saisir la façon dont les bénéficiaires recevaient cette démarche qui n'est pas une démarche naturelle puisqu'elle touche des personnes qui ont vu leurs protections s'effiloche sous les coups de boutoir du chômage, de la précarité et de la maladie qui parfois ont pu se cumuler et qui viennent trouver là quelques filets de sécurité supplémentaires susceptibles de les freiner dans leur chute. Ces bénéficiaires ont été contactés par téléphone à partir de listes fournies par la CPAM après avoir été informés de notre démarche. Le choix des contacts s'est fait de façon aléatoire tout en étant attentif à la diversification des profils. Il a été précisé par la

¹² Voir annexe 1

¹³ WEBER M., *Economie et société*/1, Les catégories de la sociologie, Éditions Plon, coll. Pocket, « Agora », 1995, p. 42.

CPAM que cet entretien ne se ferait qu'avec des personnes volontaires et que leur anonymat serait scrupuleusement respecté.

L'accueil réservé aux chercheurs peut être qualifié de très bon et les envies de se prêter à des entretiens anonymes a été beaucoup plus fort que les souhaits de ne pas y participer puisque nous n'avons enregistré que cinq refus. Ce constat mérite d'être un peu plus nuancé sur le secteur de Beaune où l'éloignement géographique, la dépendance à l'automobilité pour assurer leur déplacement, mais aussi l'interconnaissance beaucoup plus forte des publics précaires ont rendu plus rétifs certains d'entre eux, qui ne sont pas venus concrétiser cette rencontre avec le chercheur en n'honorant pas leur rendez-vous. Il en sera de même pour les bénéficiaires du RSA, qui ne sont pas soumis à l'obligation d'une participation à l'atelier collectif sur les deux territoires étudiés.

Enfin, nous avons sélectionné les bénéficiaires non pas sur la recherche d'une représentativité impossible à trouver dans ce type d'étude, mais en respectant au mieux la structure de la composition des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Nous avons pris en compte l'âge des bénéficiaires (25 ans pour le plus jeune et 65 pour le plus âgé), les 30-55 ans constituant le groupe le plus important des bénéficiaires rencontrés. Nous avons souhaité avoir une représentation genrée (homme et femme) la plus équilibrée possible. Nous avons pris en compte dans la composition, des bénéficiaires de CMU-C ou d'ACS¹⁴, des primo-demandeurs, mais aussi ceux qui se trouvaient dans une perspective de renouvellement de leur demande. Nous avons enfin intégré des bénéficiaires du RSA socle, des travailleurs intermittents, des jeunes (étudiants ou non) et des retraités.

¹⁴ Notons que la distinction entre ACS et CMU-C n'est pas apparue comme un marqueur social fort qui permettrait de distinguer un rapport particulier que les bénéficiaires entretiendraient à cette aide sociale médicale. Aussi, nous n'identifierons pas systématiquement la nature de la prestation demandée lorsque nous citerons les interviewés. De même, la distinction entre les deux territoires (urbain et urbano-rural) ne sera pas systématiquement faite lorsqu'elle n'est pas opportune.

III Les visages pluriels de la précarité

Il n'est pas inutile de revenir sur les hommes et les femmes que nous avons rencontrés pour tenter d'en préciser les profils. En effet, ce qui apparaîtra très vite comme une évidence tient à la diversité des publics. En les rencontrant et en leur donnant la parole, nous avons pu mettre en exergue qu'ils n'ont rien d'une catégorie homogène aux contours indistincts. Ils apparaissent sous des traits divers, ils vivent des situations incomparables, ils traversent des obstacles différents avec plus ou moins de bonheur, et ils vivent des bifurcations sociales dans lesquelles chacun de nous pourrait se retrouver. Il s'agit de populations que l'on peut qualifier d'invisibles dans l'espace social. Ces acteurs faibles sont encore trop souvent assignés par le *vulgum pecus* dans des représentations qui relèvent d'un jugement moral, alimenté possiblement par un discours politique pas toujours sensible et réceptif à leur vie de malheur¹⁵, car trop éloigné de leur réalité. Si ceux qui les connaissent de l'intérieur prennent leur défense, d'autres ont encore trop souvent tendance, sans connaître la vie réelle de ces populations, à les homogénéiser au risque de les disqualifier puisqu'ils sont désignés parfois, au sein même de leur environnement proche qui, devant les réalités non dites de ce que vivent les bénéficiaires, vont se livrer aux préjugés et aux fantasmes qui gouvernent leur imagination en les désignant comme des « profiteurs ». Dès lors, nous comprenons mieux les silences que s'imposent les bénéficiaires à ne pas réagir, pour ne pas se couper de leurs aménités locales.

Françoise est âgée de 65 ans, divorcée et aujourd'hui à la retraite. Elle a exercé le métier de sage-femme : « ***Oh ! J'ai entendu des reproches sur les gens qui ont le RSA ou la CMU dans mon entourage (rires). Oui ! C'est des profiteurs, y viennent en France pour se faire soigner, plus un tas de petites méchancetés. Mais ils ont raison, je leur en veux pas. Mais excuse-moi, on vient souvent en France pour se faire soigner. Ces gens ce sont mes amis plus d'autres. J'ai entendu parler comme ça en général. Mais cette demande, j'en ai besoin car je suis diabétique et je la referai sans problèmes.***»

¹⁵ LAE J-F., MURARD N., Les Récits du malheur, Descartes et Cie, 1995.

Vincent, 39 ans, célibataire sans emploi a lui aussi entendu ces critiques : « J'ai des amis qui travaillent et pensent qu'il y a en beaucoup qui profitent du système. Après moi, je me suis senti souvent confronté en tant qu'étranger dans un autre pays et ça me redonne une autre vision des choses. D'accord, certains profitent, mais c'est pas la majorité. »

Louis, ancien SDF, âgé de 62 ans se reconnaît lui aussi dans ces attaques récurrentes et blessantes mais injustes, faites sur les personnes assistées : « Des gens vous renvoient dans les cordes : « oui toi tu es... moi les impôts que je paye ça sert à financer ton handicap ». Ça, ce genre de chose ce n'est quand même pas très facile à vivre. Qu'on vous assène que si vous êtes pauvre ou handicapé quelque part c'est de votre faute. Ça j'ai horreur de... ça ne m'humilie pas mais ça me met en colère.»

Bien que notre échantillon ne soit pas fondé sur la représentativité statistique de la population de référence, il apparaît néanmoins que ce sont majoritairement des « gens de peu » pour reprendre l'expression de Pierre Sansot,¹⁶ qui constituent le cœur des bénéficiaires. On peut dire que ce sont des gens ordinaires qui mènent des vies simples dont on ne parle pas et qui ne font guère parler d'eux, comme l'illustrent parmi d'autres ces personnes dont la situation de rupture va modifier le cours de leur existence :

« J'ai 57 ans, nous dit Irène et mon mari m'a quittée le 21 juillet de cette année. C'est pour ça que j'ai fait une demande de CMU. Si elle m'était accordée, ce serait merveilleux. Parce que mon budget étant diminué de moitié, et que je n'ai qu'un petit salaire de 650 euros. Avant, c'était un complément avec mon mari, qui avait une aide de Pôle Emploi (550 euros par mois), mais maintenant ce n'est plus pareil. »

Cette situation se retrouve, pour des raisons similaires chez cette auxiliaire de vie, sans emploi :

« C'est à cause de mes difficultés financières, liées à ma séparation » affirme Martine 38 ans, hébergée et qui vient d'arriver sur Beaune. « J'ai fait une demande de CMU : je me retrouve sans logement et sans ressources. C'est pour ça que j'ai fait le dossier Caf pour le RSA et la CMU sur les conseils d'une amie. »

¹⁶ SANSOT P., Les Gens de peu, PUF, 2009.

C'est une litanie de situations banales que nous pourrions prolonger et qui nous pousse d'ores et déjà à faire plusieurs observations à propos de ces gens dignes et fiers que nous avons rencontrés ; ils appartiennent à cette majorité silencieuse dont on s'enquiert trop peu du devenir, comme des difficultés matérielles qu'ils peuvent rencontrer, alors qu'ils sont plus que d'autres, enclins à connaître les affres du chômage qui peut les précipiter dans la précarité et l'exclusion. Ce qui pourrait rassembler une partie d'entre eux, c'est leur rapport au travail et aujourd'hui leur situation de vulnérabilité. À l'exception d'étudiants, d'un cadre et de rares individus ayant un statut d'employé, la plupart des bénéficiaires rencontrés travaillent ou travaillaient dans des activités d'exécution, mal rémunérées, ce qui a pu contribuer à leur donner le goût du nécessaire.

Incontestablement, quand on se polarise sur leur parcours biographique, ces hommes et ces femmes ont vécu le plus souvent sur le fil¹⁷. Ce sont des individus, qui dans leur grande majorité sont restés cantonnés dans l'hypo et non pas de l'hypermodernité. Les conséquences directes et aggravées de leur situation ont modifié un peu plus encore leur rapport au temps qui s'est quelque peu figé ou désynchronisé entre le temps du travail et du non-travail, laissant place au temps vide, comblé partiellement aujourd'hui par des impératifs de soin, des démarches administratives et des recherches de formation souvent plus hypothétiques que certaines, ou encore par la construction de projets idéalisés. Là où l'homme hypermoderne se voit obligé d'aller toujours plus vite, dans un contexte sociétal où désormais la « dromocratie », définit par Paul Virilio¹⁸ comme une loi de l'accélération de la vitesse, s'impose et nous oblige à avoir des rythmes soutenus dans la conduite de nos vies qui ne semble plus connaître de limite. C'est la lenteur et la frugalité qui se sont imposées par la force des choses à l'homme de l'hypomodernité.

¹⁷ JAMOUILLE P., *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*, La Découverte, coll. « La Découverte/Poche », 2008.

¹⁸ VIRILIO P., *Vitesse et Politique : Essai de dromologie*, Éditions Galilée, 1977.

Face au risque de manque et pour s'épargner une dégradation de sa situation, il en vient à tout mesurer, à tout calculer : il vit ainsi chichement pour réduire sa consommation pour se focaliser sur l'essentiel, sur le vital. Dès lors, se nourrir, payer ses factures pour simplement tenir le mois, fait partie de son combat quotidien. La problématique de la santé reste présente, elle touche plus ou moins sévèrement et de façon inégale des bénéficiaires qui se trouvent davantage pris dans la nécessité du soin obligé, plutôt que du soin préventif. L'accumulation des difficultés semblait donc réunie pour conduire tout ou partie de ces publics fragiles vers la désintégration sociale, vers le vide social. Pourtant l'optimisme à toute épreuve des uns, l'adaptation à une vie précaire dont certains (les plus jeunes par exemple) pensent à juste titre qu'elle sera temporaire, mais aussi les responsabilités qui incombent aux familles ayant des enfants à charge, sont autant de raisons justifiées par les bénéficiaires qui contribueront par leur lutte à les faire tenir là où beaucoup d'entre nous pourraient être tentés par le lâcher prise.

Dans cette vie où les perspectives d'une vie meilleure se réduisent, soit en raison de leur âge, de leur absence de formation ou encore en raison de leur pathologie qui les éloigne de plus en plus du monde des actifs, ils sont nombreux à profiter de ce kairos pour s'engager vers une vie nouvelle où la nécessité de prendre soin de soi va devenir une nécessité, un impératif catégorique. C'est le cas d'**Alain**, 51 ans, divorcé, et qui vit désormais seul :

« À mon âge, on peut plus faire carrière, j'ai fait que des boulots à la con, y a pas d'autres mots et là, j'ai pas travaillé depuis plusieurs années. J'ai fait quelques stages à l'Afpa (...) Ma vie, c'est entre gris et noir. Plus j'avance, moins il y a de lumière. C'est objectif, voilà ! En plus avec mes problèmes de santé, on pourrait se tirer une balle dans la tête, mais j'ai pas le choix. »

IV Les précarisés : qui sont-ils ?

On peut considérer qu'il y a chez certains bénéficiaires une forme d'accommodement à leur situation, relevant bien d'une précarité subjective et positive qui caractérise notre première figure. Elle se différencie d'une deuxième

figure de bénéficiaires, pour qui la situation de précarité relève d'une précarité objective et négative qui pousse toutefois ces derniers plus combatifs, à croire en la possibilité d'inverser la tendance.

Dans un souci de lisibilité, nous avons ainsi dégagé deux figures dominantes qui clarifient la façon dont les bénéficiaires parviennent à vivre leur vie de précaire *in situ*. Pour ce faire, nous avons essayé de répondre à cette question, en dégagant des caractéristiques singulières pour mieux cerner la proximité, mais aussi la diversité des publics bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, afin de mieux comprendre leur façon de vivre cette précarité, en révélant une part d'ombre. La diversité des niveaux de vulnérabilité sur lesquels nous reviendrons, renvoie *de facto*, à des parcours biographiques différenciés et subjectifs. Ainsi, pour certains, la précarité scande leur vie. Pour d'autres, elle est la conséquence directe d'événements imprévus qui, pour certains, ont scellé leur sort en hypothéquant leur avenir tant sur le plan social que professionnel, alors que pour une petite minorité, la précarité n'est qu'une phase transitoire de leur parcours avant d'aller vers des jours meilleurs et qui pourrait même s'inverser rapidement en acceptant des alternatives disponibles.

4-1 Un précaire apaisé et intégré

Il s'agit tout d'abord de montrer l'existence d'une population bénéficiaire dont la vie précaire a rythmé toute l'existence et dont les destins ne doivent rien au hasard en dépit du fait que chacun a pu avoir le sentiment de dérouler sa vie comme s'il l'avait déterminé, ce qui est loin d'être le cas. En effet, le « précaire apaisé » incarne une personne touchée par la précarité au plus profond de lui-même. Cette installation dans la précarité va, au fil du temps, lui permettre de s'en (dé)lier, parce qu'il a fini par prendre conscience qu'il n'était pas en mesure d'inverser le cours de sa vie qu'il ne trouve pas cependant totalement dénuée de sens.

- **Des anciens SDF**

On y retrouve surtout des anciens SDF aujourd'hui stabilisés qui portent encore en eux les stigmates d'une vie faite de souffrance (séparation familiale dès leur naissance, placement en famille d'accueil, violence...), ainsi que par une instabilité professionnelle patente, rythmée par des petits boulots et des périodes de chômage plus ou moins longues, qui leur font dire sans forcément s'apitoyer sur leur sort, qu'ils sont passés à côté de leur vie.

Albert, 52 ans, bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH), vit seul. Cet ex-routard natif de la Basse-Normandie, n'a jamais exercé de métier stable. Abandonné très jeune, il se présente comme un enfant de la « DDASS » :

« Je suis de la Ddass. J'ai été tout petit à la Ddass, je ne marchais pas encore. Mais bon !, C'est comme ça. Depuis tout petit, j'ai affaire aux administrations donc je ne faisais plus attention et c'est vrai maintenant je suis un peu autonome. Un peu autonome c'est un grand mot. Je suis moins dépendant. On dépend tous de quelque chose... »

À bientôt 62 ans, **Louis** a connu un parcours quasi similaire, il est aussi un enfant de la « DDASS » qui vient confirmer les effets destructeurs d'une vie dont les blessures accompagneront toute son existence, le freinant sans doute dans ses désirs d'entreprendre :

« J'ai toute une histoire personnelle de la Ddass, de l'aide sociale à l'enfance. J'ai été élevé en foyer, dans les familles d'accueil donc ça, ça explique, je pense, pourquoi j'ai eu du mal toujours à m'insérer, mais c'est plus des raisons psychiques qu'intellectuelles. J'ai fait plein de petits boulots (éleveur de chèvre, technicien agricole etc). (...). Nous on a toujours été pauvre. Moi, dans mon économie, ma façon de fonctionner, ça n'a jamais été quelque chose de honteux. À la limite, j'ai squeezé le fait que ça pouvait être gênant. C'était les années 60, 70 donc il y avait une certaine façon de dire que l'argent ce n'est qu'une question matérielle, et là je dis toujours ça. Donc le fait d'être titulaire de la CMU, du côté de ma fierté personnelle ça ne me pose aucun problème. Être pauvre ne me pose aucun problème. Qu'il y ait des gens trop riches ça, c'est autre chose. »

Les premières années de leur vie sont placées sous le signe de l'instabilité qui va se poursuivre à l'âge adulte par une vie d'errance, ponctuée par des séjours réguliers

en foyer d'hébergement qui vont les mener de ville en ville, pour finir à Dijon qui va leur donner, tant par l'existence de ses structures particulières, du type SDAT¹⁹ que par un accompagnement adapté, la possibilité de se « poser ». Cette carrière endogamique des précaires stabilisés n'offrira cependant pas d'opportunité véritable de modifier leur trajectoire sociale tant le poids des déterminismes sociaux les a rendus captifs. Ils n'ont d'ailleurs pas forcément tenté d'inverser le cours de leur existence, se contentant d'une vie aléatoire organisée autour de petits boulots, puis aujourd'hui par l'accès au RSA socle et une protection sociale indispensable à des problématiques de santé lourdes, en attendant patiemment leur passage à la retraite pour les plus âgés.

« Alors ! Ma situation est intéressante nous explique Louis, Je vais avoir 62 ans mais je ne vais pas avoir le nombre de trimestres suffisants, donc il faudrait que je travaille jusqu'à 67 ans. Donc j'ai fait avec mon médecin une demande de reconnaissance d'inaptitude au travail et je suis passé devant la médecine de la CPAM pour instruire mon dossier de reconnaissance handicapé. Je ne pense pas que ce soit l'avis de tout le monde, mais moi personnellement, être en retraite à 62 ans, je le vis très bien puisque au lieu d'être au RSA avec 400 €, je toucherais le double. Les gens disent « une retraite c'est jamais bien gros », et « tu vas être content avec 800 € », oui mais quand tu n'as que 400 €, c'est de la survie le RSA. »

Bien qu'**Albert** soit encore en âge de travailler, il reste lucide quant aux possibilités de vivre une autre vie : ***« J'ai toujours vécu en décalage. Aujourd'hui les choses ont un peu changé. Là, je suis sur un courant, je suis sur un bateau, j'ai l'habitude d'être sur un courant et si je sors du courant je tombe. Donc je suis le courant et je fais attention. Je sais quel est le coin qui va me permettre de m'arrêter. (...), je ne me demande pas plus que ce que je peux faire. Si je peux pas faire, je fais pas. A moins que ce soit vraiment important alors je demande conseil. Il y a des gens qui me donnent des conseils et là ça peut le faire, sinon je ne le fais pas. »***

- **Des retraités fragiles**

Ce sont parfois de jeunes retraités qui se sont précipités dans une position de

¹⁹ La SDAT (Société Dijonnaise de l'Assistance par le Travail) œuvre en faveur des personnes les plus démunies, en offrant des moyens d'accueil, d'hébergement, d'aide à l'insertion et de mise au travail.

demandeur d'aide dont ils pensaient être protégés, mais la faiblesse de leur pension de retraite, la modification de leur situation familiale qui se conjugueront souvent avec des problèmes de santé, ont fini par les faire rejoindre ce monde impensable des vulnérables, à l'image de **Françoise** :

« J'étais sage-femme et j'ai exercé en Côte d'Ivoire. Je suis venu en France pour faire une spécialisation en 1999. Puis, on est revenu en France après quand mon mari a fait un AVC. Je suis aujourd'hui retraitée et divorcée, mais j'ai pas assez cotisée car en Afrique, on cotise pour rien et j'ai dû faire une demande de CMU, car je pouvais plus me soigner. »

- **Des handicapés valides**

Nous nous attarderons toutefois sur le sort peu enviable des bénéficiaires qui vont basculer dans l'handicapologie. Pourquoi ? Eh bien, parce que l'handicapologie peut fabriquer et transformer des individus en « surnuméraires », dans la mesure où elle les renvoie à la situation d'un individu empêché d'exercer des activités par la souffrance physique ressentie et le manque de force physique d'un corps meurtri qui ne répond plus, mais qui n'est cependant pas suffisamment handicapé pour en obtenir la reconnaissance. Ces travailleurs « surnuméraires » sont considérés comme aptes au travail, mais ils ne sont pas toujours « recyclables » en raison de leur âge ou de leur manque de diplôme. Ce sont les oubliés de l'économie qui expulse les moins adaptables du monde de l'emploi, ce sont les perdants de la modernité qui vivent très mal cette dimension privative de la perte du travail. Ils sont en train de connaître une expérience aggravée du manque et de la privation qui vient bousculer leur existence fragile, parce que ces expériences n'étaient pas prévisibles en mettant leur vie en suspend. Quelle que soit la nature de leurs difficultés, ces personnes fragiles que nous avons rencontrées, vivent une étape de leur existence qui les ont fait passer d'un « désenchâssement » d'une vie antérieure précaire, mais stable à un « réenchâssement » vers une nouvelle vie, moins autonome, car faite de nouvelles dépendances qui, pour les victimes de maladies ou de handicap, obèrent très sérieusement leur avenir professionnel. Cela tend à les pousser, *nolens volens*, à s'adapter à leur situation de précaire, plutôt qu'à se projeter, tout en développant de nouvelles compétences sociales, où la débrouillardise, l'aptitude à s'engouffrer dans

des réseaux, à nouer des liens de confiance avec autrui, leur permettent de ne pas se résigner et de ne pas se dissocier totalement du monde.

Pascal a 28 ans, il est marié et père de deux enfants. Il a vécu un échec professionnel difficile à accepter parce qu'il en avait rêvé depuis toujours. Sa vie va à nouveau basculer à la suite d'un accident sur son lieu de travail :

« (...) J'ai une reconnaissance de handicap et tout ce que je faisais avant, manutentionnaire et autre, je peux plus faire. Au bout d'un moment, ma femme ne travaillait pas non plus. On fait comme on peut pour se maintenir la tête hors de l'eau, avec la famille (on est soutenu), avec les restos du cœur (...). Maintenant ma priorité, c'est ma santé et celle de ma famille, si on n'a pas la santé, le reste suit plus. »

Sylvain vit seul, il a 35 ans, il n'est plus en mesure de travailler suite à des problèmes de dos qui lui ont valu plusieurs opérations. Il est bénéficiaire désormais du RSA et de la CMU-C.

« J'ai fait plein de métiers (manutentionnaire, couvreur, travail à la chaîne que je peux plus faire. Je vis en free-lance. Je cherche à me reconverter, mais c'est un peu la misère, j'ai pas de diplôme et je me débrouille comme je peux. »

4-2 Un précaire combatif

« Le précaire combatif » illustre parfaitement le fait que le rapport que nous entretenons à la précarité n'est pas seulement un fait objectif, mesurable quantitativement. Il relève aussi d'une expérience subjective, qui renvoie à un type de comportement et de représentation face à l'adversité qui n'est pas forcément vécue de la même manière. Elle se traduit parfois par des sentiments opposés aux autres bénéficiaires en dépit de la similitude des expériences vécues. Ce que nous démontrent ces bénéficiaires, c'est la capacité réflexive dont ils sont eux aussi dotés, pour nous éclairer rétrospectivement sur leur vie. Cette meilleure connaissance nous permet de mieux comprendre que la situation du « précaire combatif » relève d'un « faux choix » la plupart du temps, qui ne s'apparente pas toujours cependant à de la fatalité ; c'est bien ce qu'il nous dit en repoussant les difficultés qu'il affronte pour mieux les combattre, même si ce combat ne paraît pas toujours bien engagé. « Le

précaire combatif » sait mieux que quiconque que « la précarité n'est pas une liberté »²⁰ pour paraphraser Patrick Cingolani. Il se démarque cependant du « précaire apaisé » parce qu'il vit sa vie de précaire comme quelque chose de négatif qui l'attache et le lie à de nouvelles dépendances dont il pense pouvoir rapidement s'affranchir. On peut identifier trois sous-figures à la fois proches et différentes.

- **Les travailleurs de la discontinuité**

Dans cette première catégorie de bénéficiaires se rattachant au « précaire combatif », on retrouve des travailleurs, dits « de la discontinuité ». Ils sont rompus au travail temporaire ou à l'intérim. Il s'agit le plus souvent d'hommes et de femmes habitués aux CDD, aux temps partiels ou à des CDI incomplets, qui ont exercé des activités régulières et parfois différentes selon l'offre disponible. Ils affirment leur volonté de changement, d'autant que les métiers exercés (manutentionnaire, ouvrier, cuisinier, plombier, chauffeur routier, etc.), sont des métiers souvent présentés comme des métiers alimentaires exercés sans passion.

Valérie, âgée de 46 ans et divorcée, connaît bien la précarité de l'emploi : **« Depuis 8 ans, je travaille en temps partiel, j'ai été serveuse, toiletteuse pour chien, j'ai travaillé dans les vignes... J'en ai marre de cette situation. J'ai fait une demande d'ACS, pour subvenir à mes besoins. J'ai des soins urgents, dentaires, ophtalmologie. Ça me fait des frais que je peux pas faire. »**

Elle est rejointe par **Fabienne**, divorcée elle aussi. Cette beaunoise de 53 ans, sans emploi expérimente depuis longtemps les emplois précaires : **« J'ai fait que des CDD renouvelés et puis plus rien. J'ai tout fait, garde d'enfant, restauration, hôtel, usine etc. Je recherche plutôt un CDI, mais à 53 ans, c'est pas facile même avec de l'expérience. »**

Elles/ils se sont habitué(é)s depuis toujours à vivre avec des salaires faibles mais réguliers qui les exposent à un déficit de protections parce que leur degré d'autonomie reste chancelant. Toutes ces personnes s'inscrivent dans des pratiques et des expériences différentes, selon les grandes variables que sont l'âge, le sexe et surtout selon la diversité des parcours. Elles n'en constituent pas moins une part

²⁰ CINGOLANI P., Sociologie de la précarité, Éditions PUF, coll. « Que sais-je ? », 2005, p. 15.

non négligeable des demandeurs de CMU-C ou d'ACS. Ces bénéficiaires qui sont encore en âge de travailler traversent des moments compliqués qui pourraient les éloigner durablement du monde du travail.

C'est encore le cas de **Céline** 48 ans, divorcée : **« Je suis dans une mauvaise posture. J'ai été obligée d'arrêter de travailler pour des questions de santé : les épaules, le dos, une hernie discale et je suis toujours en arrêt maladie. J'ai été licenciée pour inaptitude à mon poste d'aide-soignante. J'ai une reconnaissance de travail handicapé, mais c'est tout car je ne suis pas encore assez reconnue ; je vais me réorienter dans un autre travail comme « encadrante en technique d'insertion », comme ça, j'aurai pas à porter. Je dois partir six mois, si le dossier est accepté en formation à l'Afpa. Ben maintenant ! Je me dis, j'ai la CMU et je vais pouvoir me soigner et j'ai fait ma demande de RSA, car quand on n'a pas trop de moyen, on va pas voir les médecins. »**

Cette volonté de se projeter reste forte pour le « précaire combatif », même si les difficultés d'intégration par le travail et les fragilités psychologiques qu'il rencontre, lui font courir un risque accru d'être « casé », c'est-à-dire protégé sans pour autant être intégré : c'est le sort peu enviable de plus en plus réservé aux travailleurs sans travail comme **Vincent**. Il est âgé de 39 ans, hébergé, titulaire d'une licence d'espagnol. Il court depuis toujours, à la recherche d'une stabilité impossible à trouver, mais l'espoir d'un nouveau départ est toujours présent :

« J'ai un parcours de vie qui fait trop référence à mon passé et j'arrive pas encore à me poser. Je commence seulement à prendre du recul et je cherche moins à comprendre (son enfance difficile). Pour l'instant, je suis hébergé ; j'ai fait une demande de RSA et de CMU, mais je voudrais pas profiter de cette aide pour pas me bloquer et les petits jobs ne m'intéressent plus. »

- **Le combat courageux des familles monoparentales**

Les familles monoparentales ayant des enfants mineurs à charge figurent parmi cette cohorte de bénéficiaires vulnérables. Elles disposent de ressources faibles souvent en dessous du seuil de pauvreté où toute dépense imprévue vient affecter et déséquilibrer leur budget limité. Les scénarii des expériences vécues par ces femmes se ressemblent étrangement : on évoquera tout d'abord la détérioration brutale des situations des familles monoparentales, intervenue à la suite d'une rupture récente du couple. Le conjoint laissera le plus souvent ces femmes avec

enfants dans le désarroi et le dénuement comme l'attestera la situation problématique de **Gisèle** 44 ans, mère de 4 enfants mineurs :

« Moi j'avais plus rien du tout quand mon mari est parti. C'était dur. J'ai vu une assistante sociale du Conseil général, j'ai obtenu des aides pour les enfants. »

Ces dernières sont d'autant plus démunies qu'elles ont généralement délaissé des « emplois de serviteur », peu attractifs et peu rémunérateurs pour s'occuper de leur maisonnée. Ce qui les fait tenir, disent-elles²¹, d'une seule voix et qui les rend combatives, ce sont leurs enfants et la responsabilité qu'elles portent dans leur éducation, mais aussi dans leur réussite qu'elles souhaitent vouloir accompagner, en pariant sur leur avenir qu'elles espèrent différent du leur.

Fanny, 33 ans est arrivée de Tchétchénie au début des années 2000. Elle a vécu le drame de l'asile politique subi, puis elle a dû affronter la perte irremplaçable d'un jeune enfant et vivre par la suite, les conséquences parfois douloureuses d'une séparation :

« Je n'ai pas de souci avec mes enfants ; ils sont très gentils, adorables on va dire. Ils ont vu pas mal de choses dans leur vie. Ils ont perdu leur petit frère qui est décédé à l'âge de 6 ans. Il avait une tumeur au cerveau et on l'a traité pendant presque 2 ans. C'est après que nous nous sommes séparés, avec leur père. Les épreuves rapprochent quelquefois, d'autres fois elles séparent. Et pour les enfants, ces deux épreuves coup sur coup, ça n'a pas été facile. J'ai souffert, mais j'ai tout fait pour que ce soit moins difficile pour eux. Parce que ma vie, c'est mes enfants. Moi je suis quelqu'un qui travaille beaucoup avec les enfants ; j'aime bien expliquer, raconter des histoires, jouer. Avec mon fils, je faisais le maximum de ce que je pouvais faire. À l'hôpital à Paris, en réanimation, en chimiothérapie, avec les autres enfants hospitalisés. Pour donner envie de vivre. Je n'ai pas montré ma souffrance durant ces deux ans, à l'hôpital (à Curie). J'étais souriante, belle pour lui. Je ne voulais pas qu'il sente que cela ne va pas. Même si à l'intérieur, quand votre enfant est malade et qu'on voit les autres partir, j'étais mal mais personne ne le savait. »

Elles sont vigilantes et responsables pour faire en sorte que leur progéniture soit protégée au mieux en recourant aux protections qui leur sont proposées. Si la

²¹ L'ensemble des familles monoparentales que nous avons rencontrées sont essentiellement dans cette étude des femmes avec enfants mineurs ou majeurs.

responsabilité familiale constitue un frein à leur autonomie, les perspectives d'une évolution positive de leur situation due à leur âge n'en reste pas moins l'argument, bien que fragile, sur lequel elle se fonde cependant pour s'accrocher à l'espoir d'un redressement. Souvent, après le choc de la séparation, ce sont des projets qu'elles égrènent : changement de ville, recherche d'un nouveau « job », formation, etc.

- **Les jeunes précaires temporaires**

Notre dernier « précaire combatif » est une personne jeune. Il est célibataire et âgé de moins de 40 ans. C'est un ancien salarié et plus rarement un étudiant qui poursuit son chemin en marchant sur les pas de ses semblables différents mais proches, puisque la précarité est bien ce qui le relie aux autres bénéficiaires. Ce nomade urbain considère que la situation qui est la sienne est une précarité transitoire. Il fait donc preuve d'un optimisme résolu et veut croire en des jours meilleurs. Il se distingue par sa capacité réelle ou idéale, à penser une alternative possible qui pourrait le conduire *in fine* à un autre dessein. Ainsi, les jeunes précaires finalisent des projets réalistes lorsqu'ils sont étudiants en fin de formation comme **Pierre**.

Atypique, cet étudiant en Master de psychologie, se qualifie lui-même « **d'étudiant précaire comme d'autres étudiants dans certaines filières qui sont aussi dans la galère** ». Il achèvera sa formation qui doit lui permettre de voir le bout du tunnel en 2017. Pour l'heure, il n'a pas « **de moyens, mais avec de petites astuces et de petites aides, j'y arrive à peu près. L'ACS est pour moi un vrai soulagement financier. Si je peux avoir 20 euros, c'est pas négligeable. Je ne suis pas un gros usager de soins, je suis en bonne santé, mais je dois voir pour des lunettes et les frais d'optique, c'est cher.** »

D'autres jeunes, beaucoup moins armés, sans travail et dont les objectifs ne sont pas contre intuitifs, formulent des envies de changement d'orientation périlleux, comme cet ancien cuisinier dans un restaurant gastronomique du Nord de la France qui a décidé de quitter cet emploi trop dur et trop prenant pour envisager de nouvelles alternatives, malgré les réticences de Pôle emploi, peut sensible à son revirement. **Damien**, 26 ans, a quitté son emploi suite à un *burn out* pour venir s'installer à Dijon auprès de sa demi-sœur :

« Je suis plutôt optimiste. Faut pas se laisser écraser et il faut se remettre un coup de pied aux fesses. Depuis que j'ai quitté mon travail, je suis tombé un peu bas, mais je retrouve des motivations, je suis passionné d'informatique et je voudrais me former. »

Cette envie de changement, cette quête d'un ailleurs meilleur vont les pousser à franchir un pas de plus dans l'inconnu. Ils quittent leur région natale et par là-même leur réseau de protection rapprochée, pour tenter l'aventure ailleurs. Ils osent imaginer la construction d'une nouvelle vie qui commencera par le recours à cette protection vitale que leur permet l'accès à la CMU-C. **Myriam**, âgée de 25 ans, est de ceux-là. Elle arrive du Sud de la France, elle a quitté sa famille en quête d'une nouvelle vie. Elle vit aujourd'hui en foyer sur Dijon, et affiche un optimisme à toute épreuve :

« Je suis au chômage depuis 4 ans, j'ai quitté ma famille dans le Sud pour venir ici. J'ai des connaissances. Je voudrais rentrer à l'armée, ci possible. Je me débrouille seule, y faut s'accrocher, sinon on fait rien. Pour l'instant c'est la santé qui faut assurer, car pas de santé, pas de boulot (...). »

Cette dynamique en projet qui accompagne le discours de ces jeunes bénéficiaires qu'elle soit illusoire ou pas, montre qu'ils sont loin d'être dépourvus de la *philia*, c'est-à-dire de la bonne volonté telle qu'elle est définie par Aristote. Les bénéficiaires à l'avenir incertain ont raison de croire à la réversibilité de leur situation qui les projetterait vers une vie nouvelle, même si le chemin pour y parvenir peut être encore semé d'embûches.

Cette appétence à vouloir modifier le cours de leur vie est tout aussi prégnante dans le discours de jeunes personnes venues de l'étranger. Elles ont quitté leur pays en guerre ou sous le joug de régimes autoritaires, parce que leur sécurité n'était plus assurée ou bien encore pour échapper à la misère en laissant tout derrière elles. Elles tentent de se reconstruire et vivent cet accueil dans notre pays, et les protections qui lui sont associées, comme une nouvelle renaissance qui constitue autant de raisons d'imaginer une vie meilleure. **Lucien**, âgé de 30 ans, est arrivé seul en provenance de la République Démocratique du Congo, il y a deux ans environ. Il espère toujours, malgré sa fragilité psychologique patente, pouvoir se reconstruire

:

« Je viens de prendre des papiers récemment. J'ai fait une demande d'asile en 2016. J'ai fait une demande de CMU pour me soigner car c'est compliqué dans ma tête, pour aller mieux. J'ai pas de travail, mais quand c'est ira mieux, je chercherai car j'étais entrepreneur au Congo. »

Malgré l'incertitude qui plane sur sa situation, **Béatrice**, 32 ans s'accroche encore à l'idée d'une évolution possible de sa situation :

« Mon avenir, c'est de vivre comme tout le monde car je ne suis pas indépendante : pas de RSA, pas de CAF, etc. Puisque je n'ai pas le droit de travailler. Je suis en France depuis bientôt 3 ans, mais j'espère que tout va s'arranger. »

On retrouve **Fanny**, d'origine tchéchène qui veut croire encore, malgré les événements traumatiques vécus de sa courte, vie qu'il est possible de retrouver de la stabilité. Elle n'entend pas baisser les bras et tend à se projeter pour reconstruire une vie.

« Du point de vue professionnel, pour l'instant je suis au chômage depuis le 17 novembre. Avant, j'ai travaillé dans une pâtisserie, j'ai travaillé auprès de personnes âgées, des ménages, dans une déchetterie, peintre chez Emmaüs, voilà, je faisais plein de choses et j'ai que 33 ans, je suis encore jeune. Je ne sais pas si je vais y arriver, mais je cherche actuellement un local pour ouvrir une petite restauration rapide. Cet après-midi, je rencontre la Chambre du Commerce. Je vois avec un conseiller Pôle Emploi. Je veux faire quelque chose ; je suis bonne cuisinière, bonne pâtissière et voilà. Je voudrais trouver un local proche d'un lieu où il y a des étudiants. »

Notre meilleure connaissance des bénéficiaires nous montre et nous confirme l'hétérogénéité des parcours de vie des bénéficiaires. Elle nous permet de montrer à nouveau que ce qu'ils ont en commun, c'est la précarité. Cette précarité les lie, les rapproche dans un entre soi non désiré qui les fait se retrouver sur des zones frontières entre travail et chômage et entre sociabilité et exclusion. Nous allons nous intéresser maintenant à la façon dont les bénéficiaires dans leur diversité, vivent l'aide sociale à la santé qui leur est proposée et le jugement qu'ils portent sur la CPAM et son dispositif d'accueil collectif.

V Une démarche qui ne va pas de soi

- **Un droit qui vous expose**

Il n'est sans doute pas inutile de revenir sur le sens de cette démarche pour confirmer qu'elle n'est pas une démarche naturelle, loin s'en faut, surtout pour le bénéficiaire profane qui n'a pas d'antériorité dans l'aide proposée et qui ressent comme une forme de malaise lorsqu'il s'agit de franchir le pas. La suspicion illégitime dont se nourrissent les pourfendeurs qui considèrent qu'ils font davantage d'efforts et de sacrifice, alors que leur situation n'est pas facile, ne tient pas. Ce qui ne les empêche pas de jeter l'opprobre sur l'autre, plutôt que de faire preuve de compassion. **Céline** s'en indigne à nouveau :

« D'abord on a déjà une étiquette dans le dos, on est fainéant, on profite de la société, et ça je l'ai vécu par des gens proches qui savaient que j'allais avoir la CMU. Déjà qu'on est demandeur d'emploi, et même si vous faites le nécessaire, vous avez une étiquette, on vous catégorise. »

« Quand on est au RSA et avec une CMU, insiste Sylvain, on profite pas du système quand on vit avec 450 euros par mois. On vit cela quand on sort avec des personnes. C'est dans les discussions, y pensent tous que les gens sont des profiteurs. Globalement les gens se rendent pas compte. Je leur propose d'échanger tout de suite si c'est ce qu'ils veulent, pas de souci ! Je leur donne. C'est un problème de société ce regard inquisiteur. »

Pourtant, **Damien 26 ans** n'en a cure, et balaie les critiques d'un revers de main :
« Ça me fait ni chaud ni froid, à partir du moment où le système nous le propose. Et quand c'est passager, c'est bien, c'est un coup de pouce. Moi je ne compte pas être chômeur toute ma vie. »

Le regard **d'Albert** est intéressant parce qu'il renvoie à l'Etat sa responsabilité dans sa lutte contre les risques d'anomie qui peuvent mettre en péril l'équilibre d'une société qui accepterait une trop grande fracture entre les « in » (intégrés) par l'emploi et les « out » (exclus de l'emploi) qui pourrait précipiter la société dans le chaos :

« C'est l'État qui vous permet de l'avoir. Ce n'est ni un droit ni un dû. C'est l'État qui fait ça pour ne pas être emmerdé avec d'autres problèmes qui risquent d'arriver. C'est comme ça que je le vois. C'est comme ça parce qu'ils ont décidé que ce serait comme ça. Il y a de moins en moins d'emplois et il ne faut pas que les gens restent

sans rien.

- **Une fierté éprouvée**

Tous les interviewés que nous avons rencontrés sont tous dans une posture d'humilité plus que dans celle du revendicateur qui demanderait l'application du droit. Cela ne saurait masquer l'impuissance des primo demandeurs sans expérience qui sont complètement déstabilisés et désorientés, ne sachant plus vraiment par quel bout prendre les choses. Passé l'effet de sidération, ils s'en remettront à leur famille qui reste un support de protection important. Ils trouveront néanmoins des appuis professionnels au moment où ils font une demande de RSA pour les plus démunis d'entre eux. D'autres encore s'appuieront sur l'orientation faite par les travailleurs sociaux du CCAS de Dijon, de la CAF ou encore du Conseil Départemental avec lesquels ils sont engagés dans un processus d'accompagnement. Ils ont freiné jusqu'au dernier moment leur démarche alors que le dénuement pour certains s'était subrepticement installé. En demandant de l'aide, ils franchissent le pas en se demandant s'ils seront retenus pour rentrer dans cette zone d'indigence dans laquelle ils pourront être accueillis et secourus.

Pascal le reconnaît, la démarche ne fut pas facile, bien qu'il ait déjà eu recours à cette aide :

« C'est comme se retrouver au chômage. C'est pas évident si on se dit, avant j'étais salarié et du jour au lendemain, plus de travail et on se retrouve aux Restos du cœur. Et en tant qu'homme, on prend un sacré coup à sa fierté ; après j'me dis, ma fierté, je la ravale et ce qui compte, c'est ma femme et mes enfants. »

Notre étudiant de 29 ans, **Pierre**, demandeur d'ACS, nous confirme que cette démarche ne va pas de soi : **« c'est jamais facile d'être en position de demandeur. Mais on a la chance d'être dans cette société. Là, j'ai besoin, mais je sais qu'à un autre moment, je vais pouvoir redonner. Je sais que c'est à ma disposition. Je sais qu'il y a un rapport à la culpabilité et tout ça, c'est pas évident. Mais quand on a besoin, on se pose moins la question. »**

Françoise s'est interrogée lorsqu'il a fallu effectuer sa première demande : **« hum ! C'était un peu difficile. Maintenant, c'est pas facile, mais on s'y fait. J'ai pas eu honte du tout au début, car j'ai compris que je n'étais plus autonome du tout. »**

Alain lui emboîte le pas : **« Dans tous les cas, c'est très désagréable d'être assisté. Si je pouvais être autonome, je serais super heureux. Se débrouiller tout seul, c'est toujours de la fierté. Le problème, c'est que je peux plus travailler et je ne vais pas me plaindre de toutes les aides qu'on me propose. C'est pas du plaisir, mais c'est extraordinaire que cela existe. »**

A 53 ans, **Fabienne** affiche sa volonté d'indépendance, mais elle devra pourtant se résoudre à franchir le pas : **« J'ai tenté, j'ai eu le droit. Au départ, on se dit qu'on a des revenus minimum, alors que si on avait des revenus, on ferait pas Ces demandes là, mais bon ! Moi je suis quelqu'un qui n'a pas appris à demander ; ni à la famille, ni aux amis, ni à une assistante sociale. Je me débrouille de mon mieux, mais j'avais pas le choix que de demander de l'aide. »**

« Pour moi, nous dit encore Albert, c'est pas un dû parce que la chose que j'ai appris c'est que lorsqu'on travaille pour soi, qu'on gagne son propre argent, on se sent un peu fier. Mais de cette manière-là, si on vous donne un petit truc et puis que souvent vous ne pouvez pas trouver de travail parce que vous n'êtes pas dans la machine, ça pose un gros problème. D'être dépendant comme ça, c'est chiant. C'est vrai, c'est pas pareil. Vous n'êtes plus en contact avec une certaine vie. Quand vous travaillez on ne vous voit pas pareil. Je l'ai vu de toute façon. Je vois lorsqu'on dit que vous ne travaillez pas... »,

Maryse, 57 ans, reste une exception. Si la démarche ne va pas de soi, elle est jugée normale pour cette bénéficiaire écorchée vive qui vit très mal son déclassement social à la suite de son licenciement, qui marquera les prémices de sa longue descente vers la précarité et la survenue de problèmes de santé :

« Ça fait 35 ans que je cotise alors la demande, je l'ai bien vécu. Ce que j'ai plus mal vécu, c'est qu'on nous mette dans une salle. Il a fallu donner nos papiers d'impôt et là j'étais étonnée que des étrangers aient ce droit... on leur donne tout. C'est là que j'ai mal vécu la chose. »

Nous rappellerons avec insistance que la demande de CMU-C ou d'ACS reste et demeure pour l'ensemble des personnes interrogées un « pseudo choix » sur lequel on ne se précipite pas spontanément, tant que l'on n'est pas exposé à une situation aporétique qui ne vous laisse plus d'autres alternatives :

« C'est pas évident, nous confirme Gisèle 44 ans, mère au foyer de quatre enfants dont le compagnon a quitté le domicile : Quand on arrive à ce point là, c'est qu'on

est vraiment démunie. J'aurais préféré trouvé un travail, avoir un salaire, mais pour les enfants, j'ai pas le choix. »

« J'ai 17 ans, j'ai pas de travail nous explique enfin Elise. J'ai fait le métier de serveuse et je suis enceinte de 3 mois. À la base, je voulais me débrouiller seule, mais le fait d'avoir un bébé, j'en profite pour tout faire. J'ai appris par ma belle-mère qu'il y avait la CMU et j'ai fait la démarche (...). J'attends d'être un peu stable, car ça a pas toujours été facile pour moi. »

- **Une chance à saisir**

Les réunions collectives vont permettre de mettre l'accent sur l'importance de se prendre en charge tout en rendant accessible la complexité du système pédagogiquement bien éclairé par l'animatrice. Si cette aide sociale à la santé est vitale lorsque la santé du bénéficiaire est touchée, elle agit, (c'est un truisme), plus largement, non seulement comme un réducteur de risque en parvenant à bloquer les risques d'incertitude qui peuvent vous faire basculer lorsque vous êtes en situation de vulnérabilité. Toutefois son octroi et l'accompagnement proposé par les acteurs de la CPAM induisent plus largement un nouveau rapport à sa santé chez le bénéficiaire qui en parle comme d'un bien qu'il faut sauvegarder.

Ainsi, au sentiment de honte et de malaise souvent ressenti, les bénéficiaires, avec une certaine hauteur de vue, évoquent subséquemment l'idée d'une « chance » plusieurs fois répétée de vivre dans un pays comme le nôtre. En effet, ces bénéficiaires, devenus des partisans, « cpanophiles » de l'organisation, martèlent l'idée qu'il ne faut pas lâcher et gâcher « cette chance » qui s'offre à eux, d'autant que la réglementation évolue et qu'il est hors de question de rester à distance de cette question de la santé devenue prioritaire. Cette prise de conscience reste vive chez les personnes d'origine étrangère :

Fanny : « Ce que j'aime bien en France, c'est quand il y a une maladie très grave ou quelque chose, c'est 100%. Voilà ! Mais autrement, le reste, il faut se débrouiller, dans la vie. Autrement, je suis contente et je dis merci beaucoup, parce que ce n'est partout ça. En France, le premier de tout ce que j'aime bien, c'est ça ! parce que le plus important dans la vie, c'est la vie, et donc de soigner les maladies comme celle de mon fils (...). »

Béatrice 32 ans, elle est célibataire et sans emploi, mère d'une petite fille restée à l'étranger :

« J'ai le sentiment d'avoir été reconnue dans mes droits. J'avais droit à ce qu'il fallait. (...) Avant que je n'aie la CMU, j'avais l'AME et c'était moins facile. Dès que j'ai eu la CMU, tout a été plus facile, un peu comme un sésame (...). Je l'ai vécu comme une reconnaissance par rapport à ma situation, beaucoup, beaucoup, même. »

Évoquons encore le sort d'**Alizé**, jeune Africaine de 30 ans, arrivée du Libéria, il y a quelques années, qui a accouché en arrivant sur le sol national. Elle est encore reconnaissante de la chance qu'elle a eue d'être protégée en arrivant en France :

« Je crois que j'ai beaucoup de chance, parce qu'en Afrique, la CMU, ça n'existe pas ailleurs, alors là, c'est une grosse chance. »

Les autochtones qui traversent eux-aussi des épreuves liées à leur précarité utilisent la même terminologie en exprimant, *ad libitum*, cette chance d'être secouru.

René 46 ans : **« C'est mon épouse, car ça fait plusieurs années qu'on a la CMU. Avant de connaître ma femme, moi j'étais à la sécurité sociale parce que je travaillais et puis, ensuite j'avais la CMU parce que je n'avais pas trop de ressources. Ça avait été accordé, là à ce moment-là, j'avais vu l'assistante sociale. J'ai connu mon épouse, on s'est marié et après on a fait une CMU famille. »**

Sylvain, 35 ans, bénéficiaire du RSA vit ce soutien comme quelque chose d'inespéré que l'on se doit de respecter : **« Pour moi, c'est pas vécu comme un droit mais comme une aide bienvenue. Si on se dit que c'est un droit, on se permet de se servir un peu, de profiter comme beaucoup de gens font. Pour moi je la vis bien, si je pouvais m'en passer, je le ferais. Je préférerais avoir un travail plutôt que d'être là. »**

Vincent, 39 ans sait que cette chance est aussi la conséquence directe d'une chute sociale qu'il aurait préféré éviter : **« La CMU, c'est un droit, mais aussi une chance auquel j'ai malheureusement droit. Je préférerais me débrouiller seul. Je le prends comme une aide passagère. »**

Louis est aussi partagé entre la reconnaissance d'un droit, qui n'en est pas moins une chance : **« Je revendique un droit » pas avec le côté « c'est mon droit je veux » seulement je reconnais que c'est une sacrée bonne chose, je tiens à me soigner, ma santé c'est important, je dois aller chez mon médecin, la CMU me le permet.**

Elle dispense pas seulement le médecin, mais les lunettes et toutes ces choses-là. D'ailleurs, là c'est en cours, j'ai eu un rendez-vous chez l'ophtalmo et l'opticien. »
Nous terminerons en citant Céline, 48 ans : ***« Grâce à la CMU, je vais faire des examens de santé que j'ai pas pu faire et faire des économies sur mon budget. La CMU c'est pour moi un gros soulagement. On a la chance de l'avoir. Ça nous fou pas un plus dedans, je vais pouvoir soigner mon diabète, car je peux pas avancer les frais. Pour moi et ma fille, c'est une chance. »***

Derrière la figure idéale typique du demandeur, il y a, bien entendu celui des publics cibles qui ne cherchent pas à bénéficier de ce à quoi ils ont droit. Nous ne les avons pas rencontrés, comme nous n'avons pas rencontré des personnes qui auraient renoncé à aller jusqu'au bout de leurs démarches, bien que la tentation fut grande chez certains. Mais c'était sans compter sur l'engagement résolu de la CPAM qui met tout en oeuvre pour permettre la complétude des dossiers à partir du moment où il y a eu un premier contact. Sans cet effort de la CPAM, nous avons l'absolue certitude que plusieurs individus auraient été tentés d'abandonner leur démarche comme l'explique Sylvain :

« La demande se fait dans l'urgence. Ça fait plusieurs mois que je n'étais pas couvert. C'est moi qui suis venu en disant que j'avais pas de complémentaire. J'suis pas un fou de l'administration, ça me gonfle, ça m'a toujours gonflé, mais y s'ont beaucoup simplifié les choses et m'ont poussé dans ma démarche. »

Pierre considère qu'il faut se faire un peu violence ***« Y faut un peu de motivation, car pour les dossiers, il faut beaucoup de papier et c'est vite décourageant, mais y sont là et ils vous conseillent. »***

Pour Louis, l'idée de renoncer ne lui a pas traversé l'esprit, mais il reconnaît, comme ses compagnons d'infortune, que la CPAM a été présente et soutenante dans ses démarches :

« Non, non ! Pour la CPAM je n'ai jamais eu de problème sérieux pour que ça se produise comme ça. Mais c'est vrai que dans le dédale de toutes les administrations, genre [autre structure] et autres trucs, il y a eu des fois où je baissais les bras. Ça, rien n'est fait [autre structure] ou plutôt tout est fait pour que les gens abandonnent. Pour la CPAM je ne peux pas dire. Je ne les mettrai pas dans le même sac. Ils se préoccupent de nous. Et là on n'est pas sûr que tous les organismes qui s'occupent des personnes pauvres, des bénéficiaires, [autre structure] non là, la CPAM je la mettrai au-dessus. »

VI Des agents pleinement investis

- **Des professionnels peu contestés**

C'est l'unanimité qui s'impose et qui ne laisse place à aucune équivoque. Les bénéficiaires jugent très positive l'intervention des professionnels en considérant qu'ils sont « à la hauteur ». Les acteurs de la CPAM ont su intégrer pleinement le rôle qui leur est demandé de jouer ; ils sont affables, disponibles, efficaces, empathiques, mais aussi capables de maîtriser leur jugement en restant concentrés sur la fonction qui est la leur. Cela va de soi ? Eh bien non ! La CPAM aurait pu laisser les bénéficiaires dans l'apathie du désœuvrement en renvoyant aux personnes leur responsabilité de se prendre en charge. Elle a préféré se mettre à leur disposition, elle a préféré créer des espaces qui rendent capables, ceux qui pourraient être à la dérive par une rematérialisation de leur droit, mais aussi, et les bénéficiaires ne s'y trompent pas, par une reconnaissance des acteurs de la CPAM que l'on n'hésite pas à comparer, nous l'avons souligné, avec d'autres acteurs d'institutions connexes. De même, si nous avons montré que le niveau de satisfaction élevé des bénéficiaires pouvait s'expliquer par la nature même du service rendu, nous pouvons affirmer sans détour qu'il va bien au-delà. En effet, il résulte d'un sentiment dominant éprouvé par la grande majorité des bénéficiaires, de n'avoir pas été considéré comme de simples ayants droit passifs, mais comme des partenaires responsables, comme en témoignent ces quelques extraits d'entretien non exhaustifs.

« Quand on est à la CMU nous dit Céline, on voit les détails des dépenses pour nos soins et ça responsabilise plus encore car on comprend mieux tout ce qui est fait pour nous. »

Sylvain 35 ans partage ce sentiment : **« La CMU, ça vous responsabilise plus encore », « (...) ça vous évite, renchérit Louis le nomadisme médical, ça vous autonomise. »**

« Je peux dire que c'est bénéfique pour moi rappelle Françoise : mais quel est le fond de tout ça, Je l'ai appris ici. On prend conscience de ses droits et des obligations. Ça m'a appris beaucoup et par le collectif, y'a des questions que les autres posent pour nous. Moi j'avais des questions et j'ai eu toutes les réponses que j'attendais par les autres. »

René, 46 ans, qui accompagnait son épouse, pensait venir avant tout pour accélérer le traitement de son dossier, avoue sa surprise :

« Oui !, très satisfait, on a tout expliqué : s’il vous manque quelque chose, on vous le dit. Mon épouse avait bien préparé tout ça. Bien organisé, tout. Les questions les réponses, tout très bien. On a eu le sentiment d’avoir été compris. Ils expliquent bien, tout ça. Et je crois qu’avec ça, il y a moins de fraude, je pense. C’est important. Vous êtes là pour aider les gens, mais il faut que les gens respectent la chose et jouent le jeu. »

Parmi les grands absents de cette cohorte de bénéficiaires, nous citerons des bénéficiaires du RSA (qui nous n’avons pu rencontrer malgré leur accord initial) et qui ne sont pas soumis à cette obligation de participation à l’information collective. Nous pensons que cette absence leur est doublement préjudiciable, d’une part parce qu’ils se coupent d’informations importantes et de relations sociales qui contribuent et renforcent leur grand renfermement, et d’autre part parce qu’en acceptant qu’ils puissent se soustraire à cette obligation, ils sont victimes d’une discrimination négative, comme si l’on considérait que l’on est plus en capacité d’agir sur et avec eux, ce qui accroît le risque d’une plus grande marginalisation.

- **Un accueil plébiscité**

L’observateur attentif échappera difficilement en pénétrant dans l’espace d’accueil de la CPAM de Dijon et dans une moindre mesure à Beaune qui reste une agence plus petite, à l’atmosphère particulière que l’on ressent et qui se renouvellera à chacune de nos visites. C’est tout d’abord le calme qui surprend malgré l’activité incessante qui traverse l’espace. Chaque agent semble concentré sur ses missions. Le sourire est de rigueur, la prise en charge est immédiate. Les professionnels attentifs se dirigent vers les bénéficiaires limitant tout risque d’attente ou d’énervement inutile. On a affaire à un service public, qui, à l’heure où tout paraît être fait pour éloigner les publics des services auquel ils ont droit, affiche ses prétentions par un accueil de qualité. C’est pourquoi la CPAM, loin d’appliquer une dématérialisation déshumanisante, vient redonner du sens en réactivant sa mission d’accueil pour parvenir à déminer les logiques rationnelles à l’œuvre qui tentent de

s'imposer dans d'autres institutions en marche vers la désubstantialisation.

Nous verrons combien cette mission originelle qui est celle de l'accueil est essentielle pour les publics qui n'en voient que des bénéfiques lorsqu'elle se déroule dans le respect des personnes. Nos constats sont totalement partagés par l'ensemble des bénéficiaires que nous avons rencontrés. Ils soulignent la « chaleur » des agents, « leur efficacité » et pour marteler leur discours, les plus anciens s'appuient sur leur expérience et nous renvoient à une période récente où, se souvient **Albert**, la CPAM c'était différent :

« Avant, c'était pas terrible, il y a avait du bruit, parfois des colères, y fallait attendre, y avait des numéros qu'il fallait prendre avant d'être appelé. »

Maryse reconnaît le changement surtout dans la CPAM du centre ville : « Ici pas d'esclandre. Finalement c'est pas mal. Maintenant plus d'attente, alors qu'avant, on attendait pour s'entendre dire qu'on pouvait pas traiter la demande. »

Françoise se retrouve pleinement dans ce discours : **« Ça s'est beaucoup, beaucoup amélioré par rapport à ce que je connaissais avant. Avant quand on venait c'était plein. Maintenant, vous avez une dame qui s'approche avec le sourire. Moi j'aime bien le sourire, j'ai guéri des gens avec le sourire. »**

Myriam qui a connu l'accueil individuel dans une autre ville défend le modèle et l'humanité des acteurs de l'institution :

« Ici c'est chaleureux. Ici les gens sont aimables. En collectif, y'a des questions qu'on pense pas forcément et au final les questions des autres vont aider d'autres personnes qui n'y avaient pas pensé. »

Damien : **« l'accueil, c'est plutôt bien. Moi je ne m'étais jamais occupé de ça. Ça me permet de savoir mes droits. Cela m'a permis de poser des questions. C'est une bonne démarche, les gens posent des questions, évoquent leur situation. Par exemple, moi j'ai eu tel problème, tel souci etc. et en plus ça accélère le dossier, moi je pensais que ça allait être chiant, mais pas du tout. C'est une bonne démarche qui éclaire les gens. »**

Nous nous attarderons enfin sur les propos de **Louis** qui nous confirme ces changements de la CPAM en se référant à deux périodes qu'il a pu vivre et qui vont marquer le passage d'une organisation à une autre.

« Bon, l'accueil, ils ont fait des efforts, parce qu'avant effectivement, vous arriviez fallait prendre un ticket, vous attendiez... c'était même kafkaïen parce que vous aviez un ticket et vous passiez devant une première personne. Je disais je viens pour prendre un rendez-vous. Alors on me disait, bon alors vous allez attendre une deuxième personne qui vous donnera un rendez-vous. Donc c'était des heures d'attente pour avoir seulement un rendez-vous. Et si la personne n'était pas là,

vous deviez repasser. On a maintenant un système où il y a carrément 4, 5 personnes qui sont présentes dès l'ouverture (...), et on vous fait un sourire à l'heure d'ouverture. Donc, là il y a quasiment une personne pour une personne qui attend. Donc c'est plus fluide, beaucoup plus fluide et d'une certaine façon c'est personnalisé. En plus, je ne sais pas si elles sont formées à des méthodes, genre analyse transactionnelle accueil des choses comme ça, mais il y a eu un effort de cordialité aussi. Il y a un effort sur la qualité de l'accueil. »

- **Une métamorphose approuvée**

En imposant l'accueil collectif, la CPAM de Dijon a fait un choix, sans doute guidé par des logiques d'efficacité et de rationalité. Toutefois, cette décision a engendré (même si ces effets n'étaient pas forcément recherchés), une transformation qui va modifier son image : elle est passée d'une phase de (dé)symbolisation, qui s'est traduite par un type de fonctionnement assez proche de celui de la plupart des institutions, par une mise à distance relative, fortement critiquée par les bénéficiaires, à une phase de (re)symbolisation qui dans l'esprit des usagers redonne sens à son action. L'institution parvient aujourd'hui dans cette conception de l'accueil collectif, à rassembler, à faire s'échanger des éléments qui relèvent du droit et des devoirs, des récits d'expériences en faisant se rencontrer des individus différents dans une société le plus souvent marquée par l'évitement et le repli sur la sphère privée.

En s'adressant directement aux agents de la CPAM de Dijon, **Erik**, 56 ans, ex-cadre dirigeant leur lance ce vibrant appel qui synthétise et traduit bien le discours très consensuel des bénéficiaires :

« Ne changez pas, ne vous laissez pas bouffer. C'est quand on a besoin de vous qu'on s'aperçoit de ce que vous faites. Moi, je viens du privé et je n'avais jamais pensé à cela, avant de connaître la maladie ».

Il n'est sans doute pas inutile de (ré)insister pour redire combien l'engagement des acteurs de la CPAM est fondamental dans la réussite de cette métamorphose. Il nous semble que ce processus qui active de l'individuel et du collectif se réfère à deux logiques qui se combinent et pour lesquelles les acteurs-bénéficiaires ont pris toute la mesure des effets produits. Ces logiques sont empruntées au champ social

et à la sociologie du management. En se combinant, elles transcendent les contraintes naturelles liées au cadre professionnel en venant donner du sens à la participation des bénéficiaires à laquelle même les plus rebelles d'entre eux finissent par adhérer.

Ces deux logiques que nous avons pu décrypter sur le terrain d'étude de la CPAM de Dijon sont assimilables à la notion « *d'empowerment* »²². Elles concourent dans le meilleur des cas et malgré les obstacles que l'on ne peut ignorer, à rendre plus autonomes, plus responsables des bénéficiaires de l'aide sociale médicale. Les interventions s'appuient tout d'abord sur l'existence d'un « empowerment organisationnel » qui résulte de l'appropriation d'un pouvoir par une organisation qui s'engage à produire de l'action, en luttant contre toute forme de discrimination. Les bénéficiaires sont invités à prendre conscience de la nécessaire prise en considération de leur propre santé, non pas de façon injonctive et menaçante, mais par une invitation à se prendre en charge et à s'auto-responsabiliser. Mais c'est aussi un « empowerment » plus individuel qui est activé et qui se combinera par l'enchaînement de différentes étapes permises, repérables lors de l'accueil collectif, et qui vont de la participation, à la mobilisation de compétences pratiques, à un renforcement de l'estime de soi et au développement possible d'une conscience critique. Il s'agit d'adopter des réponses toujours singulières tout en s'obligeant (ce qui n'est sans doute pas simple pour les agents) à s'extraire de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre.

- **Une confiance affirmée**

Pour que cette maïeutique particulière puisse fonctionner, la CPAM de Dijon a respecté deux principes dans sa démarche qui favorisent l'établissement d'un rapport de confiance : d'une part, la liberté sans contrainte et d'autre part, une assistance bienveillante sans tomber dans la compassion. La traduction concrète de ce rapport entre les acteurs se manifeste par un éloge de la confiance dans

²² L'empowerment peut être défini de la manière suivante : l'empowerment repose sur l'idée que les individus (comme les collectivités) peuvent participer aux décisions que les concernent et que ces compétences sont inhérentes aux individus.

l'institution par les bénéficiaires. Dit autrement, les agents dont la mission est centrée sur l'accès aux droits exercent un pouvoir symbolique sur les bénéficiaires dont ils n'ont pas forcément conscience ; cette relation asymétrique n'en est pas moins une relation fondée sur la confiance²³ qui est l'élément moteur pour favoriser des interactions positives. Lorsque la confiance est brisée, elle se transforme en défiance qui laisse libre cours chez les protagonistes à l'herméneutique du soupçon, comme on peut l'entendre dans le discours des bénéficiaires qui sont en lien avec d'autres institutions dont ils critiquent le manque d'humanité. Les personnes évoquent une sorte de mépris, de mise à distance et d'ignorance vécus lors d'un accueil qualifié de « froid » et parfois d'inexistant. Elles ont ainsi pu se retrouver dans des situations ubuesques, comme celles d'être obligées de devoir se débrouiller seules, sans l'intervention d'un agent d'accueil (resté à distance respectable) pour réaliser une inscription qui conditionnait pourtant le bénéfice d'une aide éventuelle. C'est la raison pour laquelle ce nécessaire soutien que les personnes demandent (et qui ne peut se confondre avec de l'assistance) doit nous interroger sur l'absurdité d'un système qui tend à réduire les relations de face à face souvent irremplaçables. Le danger lorsque l'on traverse des périodes mouvementées est de laisser certains individus parfois désemparés, s'égarer dans les rets de l'administration. Ils sont parfois enclins à renoncer à faire valoir leurs droits pour ne pas subir de nouvelles humiliations.

Céline a vécu cette infortune et sait bien de quoi elle parle. Elle nous relate, lors de l'entretien, une anecdote relative à son passage à [autre structure] pour établir un dossier :

« Je me suis fait engueuler par la femme qui me reçoit parce que je n'ai pas rempli toutes les cases, mais comment j'peux remplir toutes les cases si je comprends ce qu'on me demande. Ce que j'voulais c'est être accompagnée. »

Maryse, témoigne elle aussi de son expérience malheureuse et on devine

²³ WATIER P., *Eloge de la confiance*, Editions Belin, 2008.

La confiance est fondée sur le principe selon lequel les actes, les paroles et les gestes sont suffisants pour éclairer ce qu'est l'autre sans savoir ce qu'il est réellement.

facilement les raisons pour lesquelles cette assistance bienveillante est appréciée par les bénéficiaires à travers les témoignes suivants. :

« A [autre structure] par exemple, on vous respecte pas. Ici, j'étais à peine rentré que quelqu'un est venu me voir avec le sourire. A [autre structure], il n'y a plus de centre d'accueil. La personne physique qui est là, c'est pour montrer la boîte aux lettres. Ici c'est du sourire et des aides. »

Cette comparaison flatteuse pour la CPAM fait florès. Elle est réaffirmée encore par **Pascal** : **« [autre structure], c'est pas comparable avec la CPAM, à la CPAM, c'est un « cocon », c'est limite, l'école. On lève la main, on pose sa question et on nous répond. Il y a un côté humain à la CPAM. »**

Pierre le reconnaît volontiers : **« À la CPAM, l'accueil est chaleureux, alors que c'est plus difficile à [autre structure] d'avoir accès aux gens. Ici, les gens sont disponibles et accessibles. À [autre structure], ils sont limite agressifs. Ils sont très soupçonneux. À [autre structure], c'est tendu et en souffrance institutionnelle en confrontation directe avec la violence de la société. »**

Une nouvelle confirmation si l'en est besoin de **Damien**, de la différence qu'il perçoit entre les institutions sensées être au service des publics, bien que les objectifs ne soient pas les mêmes. Il se souvient de ses expériences avec ... qu'il compare volontiers à l'accueil de la CPAM :

« La CPAM, c'est pas pareil ; on vous accueille très bien. À [autre structure], on a toujours envie de les claquer ; y a toujours un souci avec eux. Je veux faire une formation et on me dit, vous avez cherché ! Pas coopératif, plutôt froid. Ils ont peut-être la pression des chiffres à respecter. Je veux changer complètement de voie, mais on me renvoie à mon ancien métier que je supporte plus, la cuisine. »

Cette déshumanisation des rapports interpersonnels sera aussi l'argument spontané renvoyé par **Sylvain** : **« La CPAM, c'est super important et quelqu'un comme Fillon veut la remettre en cause. A [autre structure], on voit bien, y a une personne, même si y font des choses. A [autre structure], c'est la catastrophe. Le système est merdique. Y'a une personne pour gérer 100 dossiers. C'est juste pas possible. Avec [autre structure], pas de lien depuis avril 2015. À [autre structure], c'est pas humain, vous êtes vraiment un numéro. Ça ne fonctionne pas. »**

Albert pourrait se reconnaître dans ces discours positifs sur la CPAM. Il la fréquente assidûment depuis 2002. Il a vu les changements intervenir au fil du temps et son appréciation ne souffre d'aucune contestation :

« C'est la spontanéité à la CPAM. Quand on arrive, on trouve quelqu'un. À [autre structure], là c'est un peu plus embêtant parce que si vous voulez voir quelqu'un, eh bien ! Là, il faut prendre rendez-vous et les gens comprennent pas. C'est vrai qu'il y a des trucs spontanés, mais je vois il y en a des fois qui se font agresser. Une fois j'en ai vu à [autre structure] les gens sont de moins en moins patients. »

Louis fréquente tout aussi régulièrement les institutions, ce qui lui permet de jeter un regard lucide pour évoquer la qualité d'accueil de la CPAM et son humanité et comparant les institutions qu'il fréquente :

« Vous voyez là (à la CPAM), on s'est donné rendez-vous, mais c'est avec plaisir que je viens parce que ma parole va être écoutée entendue, ce n'est pas du tout une obligation, qu'une fois que vous êtes arrivé, on vous fait du flicage. Est-ce que vous êtes un vrai chercheur d'emploi ? Il n'y a pas de côté obligatoire à la CPAM en fait. Mais à [autre structure] est encore une structure un peu différente. Mais ce qu'on pourrait comparer à la CPAM, c'est plutôt [autre structure] Alors [autre structure], puisque c'est aussi les prestations. Là, à [autre structure] c'est complètement autre chose qu'ici. Parce qu'à [autre structure] vous ne pouvez pas accéder aux personnes, vous ne pouvez accéder qu'à des machines ou alors il faut que vous preniez un rendez-vous mais pour prendre un rendez-vous il faut une sacrée volonté. Mon dossier avait été mal traité, une erreur s'est glissée dans le traitement de mon dossier, je n'ai jamais pu avoir la personne qui traitait mon dossier pour lui dire Monsieur ou Madame vous vous êtes trompé. Ça ce n'est pas possible. C'est anonyme. Vous décrochez un téléphone vous n'avez affaire qu'à un serveur. C'est complètement déshumanisé. A [autre structure] c'est le contraire d'ici. »

VII La place du collectif

- **Le refus de la chosification**

Il est temps d'aborder la place occupée par le collectif, en défendant l'hypothèse selon laquelle, il parvient à repousser tous risques de déshumanisation en écartant toute tentation de basculer dans la chosification. En facilitant l'expression et la

reconnaissance des singularités, le collectif institué va gommer l'espace d'un instant les différences entre les bénéficiaires. Mais la magie du collectif opère à nouveau en devenant le lieu de la dédramatisation, et donc de la réassurance, favorisée par l'attitude empathique de ces animateurs. Il engendre alors des comportements que l'on peut qualifier de vertueux parce qu'il permet, dans cette expérience mise en place par la CPAM de Dijon, une intercompréhension entre les individus où le collectif va se mettre au service des individus.

Chacun peut en effet faire l'expérience de parler de soi, ce qui suscitera de l'échange qui renvoie à une expérimentation du commun²⁴; le commun favorise la réappropriation et pousse les individus vers une plus grande autonomie, en parvenant à conserver ou à développer une capacitation, c'est-à-dire une capacité à se prendre en charge. Mais plus largement, ces interactions positives produites au sein d'un groupe sériel, permettent de modifier le regard que l'on porte sur soi et sur les autres en le transformant. Au final, nous verrons combien ces échanges collaboratifs produisent, par la circulation de la parole, du lien social, et peu importe son éphémérité.

- **Une instance de reconnaissance**

Nous développerons ici une troisième caractéristique complémentaire du dispositif qui vient en quelque sorte boucler le processus. Il s'agit de la logique de reconnaissance (dont nous avons vu qu'elle était l'élément manquant au dire des interviewés, dans certaines institutions). Et pourtant, la force de ce concept dont on doit la paternité à Axel Honneth²⁵ permet de mettre l'accent sur un point central dont s'acquitte parfaitement la grande majorité des agents de la CPAM, et dont les objectifs visés sont les suivants : la nécessité de regarder favorablement chaque bénéficiaire afin qu'il puisse parvenir à développer une image positive de lui-même. Les trois vecteurs de la reconnaissance d'après Axel Honneth, qui peuvent s'appliquer en l'espèce à ce terrain d'étude et à ses agents, peuvent se résumer de

²⁴ NICOLAS-LE-STRAT P., Le travail du commun, Editions du commun, 2016.

²⁵ HONNETH A., La lutte pour la reconnaissance, Editions du Cerf, 2002.

la manière suivante : « l'attention affective, l'accès égal au droits et à l'estime de soi ». Ces trois vecteurs sous-tendent l'idée que leur mise en action doit donner aux bénéficiaires les possibilités d'accéder à une plus grande autonomie quant à la prise en compte de leur santé.

Le principe de reconnaissance activé par les professionnels de la CPAM de Dijon permet ainsi à des « acteurs faibles »²⁶ renforcés par la catégorie d'action publique dans laquelle ils se trouvent positionnés, de pouvoir (re)bondir par une identification positive, en passant d'une logique dépréciative à une logique appréciative où les sans voix parviennent, (lorsqu'ils le souhaitent), à se faire entendre. Il ne s'agit pas de revendiquer, mais de pouvoir exprimer une demande particulière, d'avoir la possibilité d'exposer une situation de fait rencontrée dans leur démarche de soin. On voit bien qu'en donnant la parole, on redonne *ipso facto* des droits d'expression, en réinventant des supports collectifs qui viennent pour certains répondre à l'incertitude dans laquelle ils sont plongés. L'espace collectif devient alors un espace structurant capable de combler un risque de marginalisation des individus en leur donnant la possibilité de reprendre pied. Bien qu'il s'agisse d'un collectif sériel qui n'a *a priori* rien d'autre en commun que de partager un même manque. Cet espace hybride doit être regardé positivement car il est indéniablement producteur de sens :

« On est soutenu. Il n'y a rien de personnel dans ces réunions. C'est complet et finalement on apprend des choses avec des partages d'expériences. Je sais maintenant qui faut faire gaffe quand on va voir un médecin, on peut se faire avoir. Dans les discussions, on apprend des erreurs des autres. », Damien.

On suivra encore la réflexion de **Louis** d'autant qu'elle relève d'un vécu d'expérience de cette réunion collective où les réflexions, parce qu'elles sont permises, débordent le cadre pour accéder à des problèmes périphériques qui nous montrent toute la difficulté d'être un bénéficiaire différent, en dépit de la modification de la loi sensée leur faciliter la tâche en normalisant leur situation par la PUMA.

²⁶ PAYET J. P., GIULIANI F., LAFORGUE D., La voix des acteurs faibles, Presses Universitaires de Rennes, coll. « le lien social », 2008.

« Il n’y a pas eu trop de questions (la dernière fois) mais, par contre, beaucoup de réflexions. Et ça c’est intéressant par contre. Des réflexions sur les dysfonctionnements des praticiens par exemple : « Oui ! Comment ça se fait qu’on a droit à la CMU et que les médecins nous demandent des dépassements d’honoraires » alors ça à [autre structure] on entendait que les gens étaient très remontés, très en colère sur les dysfonctionnements du système et la pauvre dame disait « Oui on est bien conscient on a une conciliatrice mais voyez, c’était pas vraiment le but de la réunion. On avait des personnes qui avaient des choses à dire et ils étaient nombreux à dire ça mais voyez ce n’était pas ça le but de la réunion. Donc ça c’est intéressant. »

- **Une expérience qui change tout !**

L’expérience du collectif a pu tout autant intriguer qu’inquiéter certains bénéficiaires qui auront tendance à garder le silence pendant la séquence d’information. Ce sont paradoxalement les mêmes, paralysés par cette expérience nouvelle qui nous avoueront que leur préférence allait du côté de l’entretien individuel, jugé plus intime, et auquel ils étaient habitués. Pourtant, le vécu de cette expérience collective va bousculer leurs visions des choses et c’est, *in fine*, par une adhésion quasi totale conjuguée à de nouvelles certitudes que les bénéficiaires sont devenus des apologistes invétérés du collectif tout en souhaitant parfois le maintien de l’entretien individuel qui préserve la confidentialité. Une des explications possibles de l’attrait du collectif tient effectivement au sens même de l’esprit de la démarche et à son enjeu. On est dans l’information, dans l’explication, dans la clarification. Il n’y a pas d’injonction au dévoilement de soi dans le collectif. Il n’y a pas, loin s’en faut, de tentative, visant à imposer « une cérémonie de dégradation statutaire »²⁷ à laquelle les plus précaires d’entre eux (dépendant de l’assistance) ont pu être exposés, pour être entendus et aidés dans leur demande individuelle.

Myriam : « A la Cnam, y sont là pour la santé et pas pour le travail. A [autre structure] on juge sur tout de la tête au pied, c’est le deuxième œil du patron. »

Alain rappelle qu’il s’intéresse à ses droits et cela n’a pas été difficile de venir faire sa demande : **« Pour moi ce n’est pas de l’assistance à [autre structure] (pas**

²⁷ PAUGAM S., La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté, Editions PUF, 1991.

d'argent), d'autant que l'on attend rien de plus " c'est fantastique ". »

La CPAM s'emploie, dans cet espace que nous qualifierons « d'espace discursif »²⁸ où sont accueillis les bénéficiaires, de tout mettre en œuvre pour faciliter cet accès au droit et éclairer les bénéficiaires sur les droits sous condition auxquels ils peuvent prétendre sans attente particulière. L'animateur, souvent rompu à l'exercice qui demande des qualités de pédagogie dans l'explication du diaporama présenté, est attentif à reconnaître l'autre dans sa singularité en faisant fi de l'intégration fortement fragilisée de ces publics tout en produisant par l'écoute et par une attitude bienveillante la production de « lien faible »²⁹.

Nous rappellerons le paradoxe des liens « faibles » en redisant qu'ils sont plus puissants que « les liens forts » construits dans un environnement proche : ce sont ceux qui nous relient à nos familles et à nos amis proches, constituant ainsi nos protections rapprochées. En revanche, « les liens faibles » débarrassés de toute scorie affective, jettent des ponts entre des individus qui autrement s'isoleraient, en ouvrant de nouvelles portes, en faisant circuler de l'information entre des individus qui n'ont pas forcément de points communs, en leur permettant de modifier leur regard, en éveillant de nouveaux désirs, de nouvelles envies. C'est la force du réseau par exemple qui permet d'envisager des perspectives différentes en nous ouvrant sur le monde. Dit autrement, sans « liens faibles », les individus peuvent être condamnés à ne pas évoluer en se figeant dans des certitudes ancrées au risque d'un repli sur eux-mêmes.

L'animateur, loin d'imposer ses vues, va donner à voir une information objective tout en favorisant l'échange et l'hybridation des savoirs techniques et pratiques acquis

²⁸ Nous entendons par « espace discursif », un espace hybride qui va faciliter le débat et la controverse, tout en permettant de créer les conditions d'un échange cadré sur les conditions d'obtention d'une aide sociale à la santé à partir d'un raisonnement argumenté.

²⁹ GRANOVETTER M., « La force des liens faibles », Sociologie économique, Seuil, 2008, p. 47. Pour Granovetter : « La force du lien est *une combinaison (probablement linéaire) de la quantité de temps, de l'intensité émotionnelle, de l'intimité (la confiance mutuelle) et des services réciproques qui caractérisent ce lien* ».

par les expériences des bénéficiaires qui démontrent qu'ils convient de ne pas considérer ces derniers comme des « idiots culturels ».

Autrement dit, en s'appuyant sur le collectif, les professionnels parviennent à éviter le piège de la catégorisation, le piège de la stigmatisation qui désigne autrui par la négative. Par ailleurs, en n'enfermant pas le bénéficiaire dans une catégorie, les professionnels intègrent consciemment ou pas le principe selon lequel les situations sont toujours singulières, ce qui limite comme nous l'avons dit, le risque de chosification des individus en facilitant leur mobilisation et leur responsabilisation qui ne sont pas des concepts creux pour les bénéficiaires qui s'en expliqueront.

- **Un effet cathartique**

Nous savons qu'aucun des deux sites n'échappe au discours dithyrambique sur la qualité de l'accueil sur laquelle nous ne reviendrons pas. Nous insisterons sur la qualité des informations diffusées lors des séances collectives et sur la liberté des échanges que les bénéficiaires gardent en mémoire. Ainsi le discours assuré par l'animatrice de l'atelier collectif et les récits d'expériences échangées au sein du groupe vont provoquer des effets de conversion et de déculpabilisation inattendus, alors qu'ils étaient nombreux à s'être rendus à la réunion parce que leur présence conditionnait un traitement plus rapide de leur dossier.

Au final, la démarche collective proposée par la CPAM atteint son but, si ce but est aussi de générer des interactions positives. Les bénéficiaires qui ne représentent qu'eux-mêmes sont, pour l'ensemble des personnes interrogées, parvenus à ne pas totalement se replier sur eux-mêmes en dépit de la barrière de la langue et des difficultés de s'exprimer dans un environnement inhabituel. Ils se sont montrés en capacité d'explicitier, de discuter de leur situation, de leurs attentes pour les moins timorés. Ils ont été dans le meilleur des cas, capables de mettre en commun des expériences bricolées à partir de leur propre vécu biographique. Insistons encore sur la nature de ces formes de coopération entre les bénéficiaires ; elles renvoient à des pratiques simples de partage dont les individus se sont déshabitués au fil du temps en s'émancipant des collectifs au profit d'un repli sur leur sphère privée, ce qui les a rendus moins aptes à rencontrer, ce même différent. Mais, allons un plus

loin encore dans l'analyse, en montrant que ce que nous révèle le fonctionnement de cet « espace discursif » a une portée plus globale. Il nous oblige de toute évidence à refuser le principe selon lequel tout est nécessairement constitué, fossilisé chez chacun de nous. Il n'en est rien en effet, puisque nous sommes tous dotés de dispositions sociales³⁰. C'est ce que les bénéficiaires nous dévoilent, par leurs aptitudes à s'organiser, à se prendre en charge, à se réinventer une vie, etc. Ces dispositions sociales liées à leur nouvelle situation doit faire prendre conscience aux différents acteurs du champ juridico-médico-social, que les dispositions inhérentes aux individus parfois en sommeil, permettent d'entrouvrir des possibles lorsqu'elles sont activées ou réactivées. Cela présuppose, *mutatis mutandis*, une inflexion des pratiques pour accompagner la création de nouveaux cadres de socialisation auprès des publics en difficulté.

Tout en précisant les limites d'une démarche sur laquelle nous reviendrons, cette forme renouvelée de coopération fugace ne vise pas ici à gommer les différences, mais à apporter des réponses à l'anxiété. Elle déclenche chez les individus les plus sensibles des effets d'apaisement et de réassurance et convertit les plus « cpanophobes » qui finissent par y trouver du sens, ce qui peut leur éviter de tomber de Charybde en Scylla.

Pour **Fabienne, 53 ans** : **« L'accueil collectif, c'est bien, c'est intéressant. J'ai appris plein de choses que je ne savais pas. »**

La situation de **Gisèle** est trop périlleuse pour ne pas venir à l'atelier collectif et le doute quant à la nécessité d'y participer ne lui a pas traversé l'esprit :

« J'ai beaucoup écouté et j'ai appris beaucoup de choses sur mes droits. C'était clair. Beaucoup de personnes ont pu poser des questions et il faudrait peut être prendre moins de monde en même temps pour pouvoir échanger. Pour moi, on est bien informé et rassuré, ça va, c'était bien. Moi, ça me va (...). J'ai vraiment le sentiment d'avoir été comprise. »

Alain connaît de problèmes de santé lourds, qui le conduisent à se rendre souvent dans ce lieu. Il était loin d'être convaincu au départ, et pourtant son opinion a changé. Il s'en explique :

³⁰ LAHIRE B., L'homme pluriel, Les ressorts de l'action, Nathan, Essais et recherches, 1998.

« L'accueil, très bien, pas de souci, c'est presque mieux qu'avant. Ça vous permet d'entendre d'autres soucis et des questions qu'on n'aurait pas pu poser. Avant, c'était plus individuel, on avait le même débat, mais l'avantage du collectif, c'est d'avoir à entendre des problèmes bien différents, mais qui me concernent pas, mais qui, on sait jamais pourraient m'arriver. J'étais un peu réticent au début, puis j'ai trouvé que c'était plutôt positif. »

Bien qu'il pensait presque tout savoir, **Pascal** n'a pourtant pas regretté d'être venu :
« La réunion s'est bien passée, les gens qui connaissaient pas bien le processus ont posé des questions. C'est bien de pouvoir poser des questions. Je pense que beaucoup sont venus parce que derrière, le dossier allait être traité plus rapidement. Moi je me suis dit que je pouvais apprendre quelque chose de plus et ma femme m'avait encouragé à la faire. Bon ! J'ai appris des choses car le système, il est toujours en progression (...). On est dans un monde où le partage est de moins en moins important, donc le collectif, c'est bien. »

Céline n'était pas vraiment rassurée parce qu'elle craignait de devoir se présenter et d'être directement interpellée, ce qui est généralement le cas dans la plupart des institutions. Ces craintes seront vite dissipées :

« L'atelier collectif, c'était bien. Pour les explications, c'était génial. J'ai appris des tas de choses que je ne savais pas. J'ai pas posé de questions, mais j'ai écouté, pis j'en avais une, mais j'ai pas osé la dire. Y avait plein de questions, c'était bien de les entendre car ça peut servir pour tout le monde. C'est pas des demandes de papier, c'est d'ordre général. Par exemple, je suis diabétique et j'ai appris qui y avait des soins du côté du Creusot ».

Poursuivons avec **Pierre** qui témoigne lui aussi de l'intérêt du dispositif :

« La dame est accueillante, les informations claires. Le langage est accessible. J'ai pas eu l'impression que les gens ne comprenaient pas. Bonne dynamique, de la place pour poser des questions. C'est assez interactif. Il y a des questions personnelles dont les réponses profitent à tous. »

« Je l'ai vécu ni bien, ni mal se souvient encore Vincent. Je l'ai fait parce que déjà, on m'a dit que ce serait une façon au départ de traiter plus vite le dossier et j'ai trouvé cela intéressant. Depuis, j'ai appris des choses. Donc finalement, ça valait le coup de venir. Bon le droit en plus ça évolue tout le temps et là c'était une bonne mise au point (...). Dans le groupe, j'ai parlé de ma situation particulière, d'autres ont parlé de leur cas. On apprend des choses complémentaires. J'aime bien apprendre des autres et ça complète ma vision et si il faut le refaire, je le referais. »

Albert reste très attentif à sa santé fragile. Il sait mieux que d'autres l'importance de suivre les évolutions du dispositif, sans lequel la poursuite de ses soins pourrait être compromise, et c'est donc sans état d'âme qu'il s'y rend et qu'il continuera de s'y rendre pour « savoir », dit-il.

« Moi je pose toujours des questions de toute façon. Parce que je veux savoir à qui j'ai affaire ; je veux savoir où on va. Et puis il y avait des choses que je ne connaissais pas. J'étais déjà allé, à [autre structure] je suis suivi pour les trucs gratuits, les radios, les soins dentaires, des choses comme ça. Je ne sais plus comment ils appellent ça. J'y avais été en début d'année et puis là, j'ai été re-convoqué pour l'endocrinologie, pour le diabète. Pour moi c'était important, mais en même temps, ça m'informe, parce qu'il y a toujours des choses qui changent, des lois. »

Les bénéficiaires, au risque de nous répéter, ont pu selon les dynamiques plus ou fortes enregistrées dans les ateliers collectifs se limiter par timidité à une posture d'écouter, mais ils ont été tout aussi nombreux à pouvoir s'exprimer. On ne peut que saluer cette démarche (des)ascendante qui est impulsé par l'animateur et qui va faciliter les échanges en laissant les bénéficiaires s'approprier l'espace en prenant la parole. L'effet produit est immédiat, ces individus singuliers parvenus *in fine* à sortir de l'ombre et de l'anonymat sont amenés, tout en affirmant leur singularité, à participer à une communauté d'expérience non-discriminante en liant leur « je » au « nous ». Ils retrouvent par là même de la dignité et des capacités à dire. Ils sortent ainsi de l'invisibilité et de l'illisibilité³¹. Aussi nul ne peut contester le fait que les ateliers collectifs produisent bien du commun (voir supra), même si la portée de ces ateliers, nous en conviendrons, reste limitée et modeste par l'action qu'elle propose. En effet, ces ateliers fonctionnent sur la participation d'individus déliés que nous avons qualifiés à juste titre de collectif sériel (nous le réaffirmons ici) qui n'a pas vocation à construire sous cette forme de l'après, puisque les bénéficiaires

³¹ « L'invisibilité sociale : publics et mécanismes », Rapport final, Juliette Baronnet, Philippe Lyet, Virginie Poujol, Michel Valle, FORS- ETSUP-LERIS-IRTESS, octobre 2015.

reprendront leur propre parcours idiosyncratique, en poursuivant séparément le chemin sur lequel ils se sont engagés.

Louis le sait que trop bien : **« Malheureusement, parce que j'ai aussi fréquenté la SDAT, il n'y a pas vraiment de solidarité contrairement à ce qu'on peut croire, chez les pauvres. Mes problèmes et les problèmes du voisin j'en n'ai rien à cirer. Cette belle idée que les pauvres seraient solidaires, moi je l'ai vécu à la SDAT, c'est une vue de l'esprit. Mais moi je parle des précaires et pas des exclus. Les exclus pour moi c'est ceux qui sont SDF, qui sont au foyer Sadi Carnot. Ceux que je voyais à la SDAT ont quand même des logements en ville. Ils sont structurés, ils sont entre deux. Ils peuvent basculer, ils sont souvent précaires au niveau d'EDF mais ils ont leurs quatre murs. »**

VIII Entre acceptation et critique

Cette dernière réflexion vise à montrer qu'au-delà de quelques postures critiques de faibles ampleurs, sur lesquels nous allons revenir, nous pouvons affirmer qu'elles ne peuvent en aucun cas, faire s'interroger la CPAM, tant sur le sens que sur le bien-fondé de sa démarche. Nous verrons que les bénéficiaires, lorsqu'ils sont pris en considération, sont aussi en mesure de faire des propositions, qui méritent d'être entendues,

Commençons par évoquer une première critique qui divise les bénéficiaires sur un point précis lié au renouvellement de leur demande : nous avons des individus positifs qui considèrent qu'une nouvelle participation au groupe est pertinente car elle vient utilement compléter et renforcer les connaissances acquises qui nécessitent un temps d'appropriation. Ils affirment cette nécessité d'être au clair avec les éventuels changements qui pourraient survenir. Ils ne sont toutefois pas dupes du caractère obligatoire de la démarche qui ne leur laisse guère le choix. Ils considèrent néanmoins que la démarche est peu coûteuse en temps et surtout qu'il est indispensable pour eux de ne pas se couper de ce lien fondamental à la CPAM qui conditionne la poursuite de leur prise en charge.

« Pas de problème affirme Vincent, de revenir car si on ne demande rien, on a rien. J'ai toujours dit qu'il fallait mieux être bête une fois que de le rester, mais ajoute-t-il, « si c'est la même réunion, j'vois pas vraiment l'intérêt sauf si les droits ont

évolué ; autrement, on pourrait imaginer à la rigueur un support papier. »

La pertinence du renouvellement ne fait aucun doute dans l'esprit de **René** :

« J'ai fait un renouvellement, mais entendre les mêmes choses, ça ne m'a pas gênée parce que, il y a certaines choses qu'on peut oublier. Non, très bien ; heureusement que vous êtes là pour nous aider dans les différentes démarches. On n'en abuse pas, de la CMU, on n'est pas comme ça, mais en cas d'urgence, c'est bien. Et je crois qu'il faut être à votre écoute parce que vous devez voir beaucoup de gens dans une journée. Et nous avec mon épouse, on n'a pas à nous plaindre de vos services. On est même contents de vos services. Et heureusement qu'il existe des organismes comme le vôtre. Parce que vous vous rendez compte à l'heure actuelle les pauvres gens qui n'arrivent pas à se soigner ! Donc très bon accueil de la CPAM »

Bien qu'il pensait tout savoir ou presque, notre jeune père de famille de 28 ans (**Pascal**) reviendra sans état d'âme à la réunion collective :

« Sans problème, ça prend peu de temps. Dans un an, je reviendrai car il peut y avoir du changement et si il faut que je les contacte avant je le ferai. »

A *contrario*, certains bénéficiaires bien que résignés nous font part de leur perplexité. En effet, ces réfractaires dociles (qui peuvent être aussi force de proposition), s'interrogent sur le principe du renouvellement et pestent contre la nécessité qui leur est faite de revenir à une nouvelle réunion collective, parce qu'ils considèrent que la connaissance de leur droit et de leurs obligations est désormais acquise. Ils vivent alors cette démarche imposée comme « une carotte » qui aurait pu être remplacée par un support papier.

« Moi, j'ai compris le système, nous dit Elise et si c'est pour entendre les mêmes choses, je ne vois pas trop l'intérêt, mais je reviendrai faute de choix. »

Damien avoue sa surprise: **« oh les salauds, ça c'est pas cool. Mais je comprends leur démarche. »**

Louis connaît parfaitement le sens de la démarche : **« D'abord pour moi, qu'on soit bien d'accord, dès le départ c'est biaisé. Puisque ça ne repose absolument pas sur le volontariat, ça repose sur le fait que si vous venez votre dossier va être traité en priorité. Donc on voit bien, c'est la carotte pour attirer les gens. Ça veut dire qu'eux-mêmes sont conscients que s'il n'y a pas cette carotte « votre dossier sera pas traité en priorité. »**

Les personnes qui ont une expérience auprès des institutions depuis longtemps pour recourir à des aides sont sans doute les plus critiques, parce que leur vécu de

marginal leur a donné les clés de la débrouille pour accéder aux droits les plus élémentaires. Il y a entre les précaires de l'information qui circule et que les acteurs n'hésitent pas à diffuser, même si ces gestes de solidarité vont rarement au-delà. Ces informations sont aussi diffusées dans d'autres milieux entre les personnes vulnérables comme nous l'explique très clairement **Louis** :

« (...) les précaires eux, connaissent les ficelles des dispositifs existants pour se raccrocher aux branches et ne pas sombrer. Je me reconnais dans cette population qui sait à peu près où frapper. Quand je suis arrivé sur Dijon, c'est d'autres gens de la SDAT qui m'ont dit « fais tel ou tel truc. » Ils étaient plus anciens dans le désarroi, donc il y a des informations qui circulent. Ils ne font pas à votre place, il n'y a pas de solidarité, mais l'info passe et souvent elles passent plus vite comme ça que si on attendait les pouvoirs publics. »

Ils parviennent toutefois à dépasser leurs critiques et proposent quelques recommandations. Leurs remarques ne sont pas dénuées de sens et elles nous portent à soulever une interrogation majeure. En effet, on peut parler d'ambiguïté ou d'injonction paradoxale à laquelle renvoie l'imposition d'un retour à un groupe d'informations collectives dont le principe d'une démarche imposée pourrait être contreproductif. La raison est simple : elle est susceptible d'induire chez le bénéficiaire un sentiment de défiance de l'institution qui ne lui reconnaît plus implicitement ses capacités à devenir autonome et responsable, brouillant en partie les effets positifs contenus dans le message initial que les agents de la CPAM ont réussi à faire passer et dont nous avons essayé de rendre compte. En réalité, ce qui est en jeu, c'est cette difficulté à se déprendre d'une suspicion venue d'en haut qui pèse encore trop souvent sur les précarisés, dont on pense à tort que les capacités à comprendre et à agir sont érodées et à qui l'on demande plus qu'à d'autres la preuve jamais acquise de leur engagement. Par conséquent, le risque est grand de les faire passer pour des inadaptés sociaux sans véritable considération.

Beaucoup en sont persuadés, et l'analyse très explicite de **Louis** recouvre les positions les plus critiques :

« Mon idée, ça n'engage que moi, c'est que on ne peut pas avoir droit en France à quelque chose, quand on est pauvre, sans une contrepartie, je ne veux pas dire humiliante mais une sorte d'obligation. Donner un droit aux pauvres, on a du mal

avec ça. Les institutions, les politiques ont du mal avec ça. Donc il faut toujours qu'il y ait une sorte de punition entre guillemets c'est comme ça que je ressens les choses. »

Rarement dupes des effets recherchés par la demande appuyée de participation aux ateliers collectifs, nombre de bénéficiaires n'en restent pas moins capables de se présenter comme une force de proposition pour faire évoluer un système dans lequel ils trouvent du sens. La première proposition est de rendre facultative la présence à une réunion collective lors du renouvellement de leur demande. Elle pourrait être différée dans le temps et redevenir obligatoire au bout de deux ans par exemple. Lors du renouvellement annuel, un document synthétique pourrait être joint au bénéficiaire soit pour dire que la législation demeure en l'état, soit au contraire pour leur signifier que des changements sont en cours, ce qui devrait favoriser leur présence.

Une dernière critique concerne le temps de traitement des dossiers de prise en charge considérés souvent comme trop long et sans justifications *a priori* possible comme l'explique **Maryse** qui s'interroge sur les raisons du délai d'attente :

« Pourquoi il faut attendre un mois pour une réponse. Ils ont les papiers et ils devraient pouvoir nous dire si c'est bon ou pas. »

Pour justifier la nécessité d'activer les dossiers, **Louis** nous renvoie à la rapidité du traitement d'une demande de CMU-C pour les bénéficiaires du RSA :

« Quand vous êtes au RSA, en trois minutes ça peut être fait. Quand on avait des rendez-vous individuels, vous êtes au RSA, vous avez votre numéro d'allocataire de la CAF, comme ils sont en contact avec les autres organismes sociaux, dans mon cas à moi, c'est vrai que, bon, ça les amuse de me faire venir une heure voilà. Ça remplit la salle. Mais attendez, c'est aussi parce que je suis d'accord. Si vous dites non, vous mettez votre dossier dans la boîte aux lettres mais on ne vous garantit pas qu'il sera traité de la même façon. Donc c'est vraiment si vous venez à cette réunion, votre dossier passe en priorité. Donc c'est bien de ce côté-là, la carotte. Dès le début ça biaise tout. Puisque les gens viennent là mais ils n'ont aucune motivation ça c'est clair pour moi. Ils pourraient faire ça à la CPAM. Ils enverraient un papier, voilà.

D'autres pistes d'amélioration ont été imaginées, elles sont d'ordre plus général, elles peuvent viser une amélioration de l'accueil que certains voudraient voir s'agrandir et la possibilité de rendre l'espace plus convivial par l'installation d'une machine à café.

Le support collectif pourrait être aussi repensé comme l'explique **Vincent** pour qui :
« Ça manque de vitalité dans le sens où le logiciel est un peu longuet et un peu mou. Il faut revoir le côté visuel (j'ai travaillé dans l'éducation, c'est peut-être pour ça). Heureusement qu'il y a des interventions. Il y a trop d'infos et peut-être qu'on passe à côté d'autres choses. »

Notons enfin une proposition plus inattendue et qui montre cependant tout le bénéfique que l'on peut tirer d'un dispositif, mais aussi de ses bénéficiaires en s'intéressant à eux pour en faire des partenaires possibles : **« Ben !, nous dit Albert, déjà faire venir des gens comme vous dans la structure. Pour leur faire des retours. »**

Quant à **Louis**, il vous demande une action plus en amont, plus préventive encore : **« Les gens qui viennent là sont contactés parce qu'ils vont déposer un dossier, donc ils savent déjà qu'ils ont droit à la CMU. Ce qui serait peut-être plus intéressant, c'est plutôt d'aller vers les gens qui sont en fin de droits et qui vont basculer justement vers ce système-là, mais qui ne connaissent pas leurs droits. J'ai accepté de le jouer le jeu. Cela dit, ça fait jamais que la 2^{ème} ou la 3^{ème} fois que je viens. Ben oui parce que c'est tous les ans. »**

CONCLUSION

En nous donnant la possibilité de rencontrer les héros involontaires que sont les bénéficiaires et les agents de la CPAM de Dijon et de Beaune, nous sommes arrivés au terme de cette étude à montrer que les professionnels ne sont pas que de simples agents « routinisés » à des actes professionnels standardisés qui se comporteraient exclusivement comme de simples gestionnaires de dossiers. Il nous semble utile de leur faire passer ce message parce qu'il vient restaurer une image de la fonction dont les professionnels n'ont pas forcément conscience. La contribution de ces derniers mérite de la considération dans la mesure où ils sont parvenus à humaniser cette relation, au point où ils sont désormais distingués des autres professionnels par ceux dont ils s'occupent. Ils sont non seulement à la hauteur du défi que leur institution leur a posé, mais ils sont devenus des producteurs de lien social, débordant sans forcément le savoir leur spectre d'intervention.

De même, nous avons pu montrer que les bénéficiaires ne sont pas de simples « homo clausus », repliés sur eux-mêmes et dépourvus de toute capacité à agir et seulement attirés par l'octroi de leur droit. Si cette dimension est présente dans les rapports que certains bénéficiaires peuvent entretenir avec la CPAM, elle ne reflète pas l'attitude générale de ceux que nous avons rencontrés. En effet les bénéficiaires ont témoigné de leur gratitude envers les agents de la CPAM et du respect pour la fonction. Par ailleurs, leur rapport au collectif, en dépit des critiques existantes, à favoriser le surgissement d'une dynamique positive où les bénéficiaires ont pu montrer des compétences sociales difficilement imaginables en occupant, certes de façon différente selon la constitution des groupes, cet espace d'information-débat que la CPAM et ses salariés leur ont proposé : les plus expressifs comme les moins

loquaces ont ainsi clairement défendu le maintien de cet espace hybride qui leur a été dédié et qui produit quel que soit les lieux, une effervescence contagieuse. La plupart des bénéficiaires sont parvenus, par l'accompagnement et l'écoute proposés, à construire un rapport parfois nouveau à leur santé sans éprouver pour paraphraser Vincent De Gauléjac, de violences humiliantes que ressentent les individus les plus fragiles en quête de reconnaissance et de respect. Nous pouvons à l'issue de cette étude, confirmer l'hypothèse selon laquelle les bénéficiaires ne constituent pas une catégorie d'individus anormaux, mais un groupe d'individus qui nous ressemble et qui ont en commun de vivre des difficultés consécutives à un manque de support. Mais leur ressemblance s'arrête là, puisque derrière cette population hétérogène, il y a des individus réflexifs dont nous avons pu percevoir quelques caractéristiques spécifiques que la désacralisation des seuls éléments chiffrés a permis de lever.

Mais comment ne pas revenir sur la dynamique collective que la CPAM et ses salariés ont favorisée ? Elle s'inscrit dans une période où les certitudes structurelles sont fortement ébranlées ; les individus de la modernité qui étaient peu habitués à s'interroger sur le sens de leurs protections parce que celles-ci allaient de soi, sont fortement déstabilisés par cette injonction qui leur est faite de se prendre en charge par les institutions dont ils dépendent pour combler leurs manques. Cependant, par l'action engagée, les agents de la CPAM participent au maintien de la civilité qui se trouve menacée en prenant à contre-pied les modes de gestion du social qui génèrent des liens plus élastiques, plus liquides qui pourraient venir étouffer ces liens de civilité qu'il est impératif de conserver, car ils sont fondamentaux, dans la mesure où ils préservent l'intégrité des individus. Ainsi, en favorisant la conservation de ces liens de civilité, on redonne la possibilité de ritualiser leur existence en les rendant plus dignes.

Nous considérons, *in fine*, que les efforts déployés sont loin d'être vains, d'autant qu'ils ont fait bouger les lignes que d'aucuns auraient pu penser intangibles. Cela s'est traduit par une plus grande implication des bénéficiaires dans leur santé, une

volonté farouche de suivre les recommandations qui leur sont faites car il s'est introduit une certaine complicité avec les agents qui se manifeste sur fond de consensus, de respect réciproque, de conviction, d'efficacité qui devraient permettre, aux plus rétifs d'entre eux, de ne pas renoncer. Sans doute, parce qu'une relation de confiance s'est construite et que l'exemplarité des accompagnements a levé des doutes, en rassérénant les plus inquiets, en vous acquittant de cette fonction de service public de la plus belle des manières. Il appartiendra à la CPAM de Dijon de réinventer des moyens ou de repenser ceux que vous aviez jusqu'ici imaginé pour faire en sorte que cette relation ne se délite pas, que cette confiance avec les bénéficiaires ne s'altère pas. L'objectif peut paraître ambitieux, mais loin d'être hors d'atteinte si l'on parie sur l'engagement des agents qui ne renonceront pas, s'il s'agit de donner du sens à leur pratique.

Michel VALLE

Sociologue/Formateur, IRTESS

BIBLIOGRAPHIE

- CASTEL R.**, Les métamorphoses de la question sociale, Une chronique du salariat, Editions Fayard, 1995.
- CASTEL R.**, l'insécurité sociale, Qu'est-ce qu'être protégé ? Éditions du Seuil et La République des Idées, 2003.
- CINGOLANI P.**, Sociologie de la précarité, Éditions PUF, coll. « Que sais-je ? », 2005.
- GRANOVETTER M.**, « La force des liens faibles », Sociologie économique, Éditions de Seuil, 2008.
- HONNETH A.**, La lutte pour la reconnaissance, Éditions du Cerf, 2002.
- JAMOUILLE P.**, *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*, La Découverte, coll. « La Découverte/Poche », 2008.
- LAHIRE B.**, L'homme pluriel, Les ressorts de l'action, Nathan, Essais et recherches, 1998.
- LIPIETZ A.**, La société en sablier, Éditions La Découverte, 1996.
- LAE J-F., MURARD N.**, Les Récits du malheur, Descartes et Cie, 1995.
- LENOIR R.**, Les exclus : un Français sur dix, Éditions du Seuil, 1989.
- NICOLAS-LE-STRAT P.**, Le travail du commun, Éditions du commun, 2016.
- PAUGAM S.**, La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté, Éditions PUF, 1991.
- PAYET J. P., GIULIANI F., LAFORGUE D.**, La voix des acteurs faibles, Presses Universitaires de Rennes, coll. « le lien social », 2008.
- SANSOT P.**, Les Gens de peu, Éditions PUF, 2009.
- ROSANVALLON P.**, *La société des égaux*, Paris, Éditions du Seuil, 2011.
- VIRILIO P.**, Vitesse et Politique : Essai de dromologie, Éditions Galilée, 1977.
- WATIER P.**, Eloge de la confiance, Éditions Belin, 2008.
- WEBER M.**, Economie et société/1, Les catégories de la sociologie, Éditions Plon, coll. Pocket, « Agora », 1995.

REVUES

Revue Esprit, « La pauvreté perdue de vue », Numéro 10, Octobre 2012.

« La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle », numéro 62.

RAPPORT

« L'invisibilité sociale : publics et mécanismes », Rapport final, Juliette Baronnet, Philippe Lyet, Virginie Poujol, Michel Valle, FORs- ETSUP-LERIS-IRTESS, octobre 2015.

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

1- Pourriez-vous nous parler de votre situation actuelle :

- familiale
- sociale ou relationnelle-
- professionnelle
- votre âge
- votre lieu résidentiel

2- Avez-vous déjà eu des problèmes de santé ayant entraîné des problèmes de prises en charge ?

3- Comment et qui vous a amené à faire cette démarche (Assistant de service social, médecin de quartier ? Réseau de quartier ? Réseau amical ? Etc.

Pourriez-vous revenir sur ce parcours ?

Que pourriez-vous dire de la façon dont la CPAM vous a accueilli ?

4- Vous avez participé à une réunion d'information collective. Êtes-vous satisfait des informations qui vous ont été données ? Est-ce que les informations vous ont paru simples ou compliquées à comprendre ?

Avez-vous pu poser toutes les questions que vous souhaitiez ? Avez eu le sentiment d'avoir été compris ?

Auriez-vous préféré un accueil seul ?

5- avez-vous menez votre dossier jusqu'au bout ? Si oui, avez-vous songé à abandonner la démarche et pour quelles raisons ?

6- Comment avez-vous vécu cette démarche ? A-t-elle été difficile ou pas ? Avez-vous eu le sentiment d'être reconnu dans vos droits ?

7- Vous est-il arrivé un jour que l'on vous fasse ressentir que vous étiez bénéficiaire de l'ACS ou de la CMU ? Si oui, Comment l'avez-vous vécu et à quelle occasion cela vous est-il arrivé ?

8- Si c'était à refaire, référiez-vous cette demande ? Si oui pourquoi, si non pourquoi ?

9- Qu'est-ce que la CMU ou l'ACS a changé pour vous, pour vos proches? (par ex. avez-vous engagé des frais de santé auxquels vous aviez renoncé jusqu'ici ? L'avez vécu comme une reconnaissance de votre situation ? Avez-vous engagé d'autres démarches à la suite de votre demande de CMU ou d'ACS (bilan de santé, déclaration d'un médecin traitant etc)

10- Quelles est votre situation aujourd'hui ? (en cas de persistance de la situation de précarité, voir ce que la CMU ou l'ACS a changé ou pas dans leur quotidien ?

11 Y aurait-il des choses à améliorer ? (par ex une fois le parcours de soin effectué, vérifié si la personne a bénéficié d'une orientation ? lui a t-on donné un contact à la CPAM qu'elle pourrait (re)contacter en cas de difficulté ? Etc.

Si vous aviez des remarques à faire sur cette expérience ? Quelles seraient-elles ? (avec l'idée de voir ce qui pourrait être amélioré) ;

12 – Si vous aviez un problème de dossier, accepteriez-vous que quelqu'un de la CPAM vous rappelle ?

13- Avez-vous eu d'autres expériences (demande de RSA, Prestations CAF, démarche auprès de Pôle-emploi etc) ; que pourriez-vous en dire, avez-vous perçu des différences dans la façon dont votre demande à été traitée ?

ANNEXE 2. Statistiques descriptives de la population étudiée

Introduction :

Le dispositif CMUC a été créé en 2000. Cette complémentaire santé gratuite a pour objectif de faciliter l'accès aux soins pour les personnes ayant les revenus les plus modestes.

En 2015, on compte 5,3 millions³² de personnes bénéficiant de cette couverture maladie universelle.

L'ensemble de la littérature scientifique et technique convergent vers le même constat : l'accès à la CMUC est un gain à tout point et pour tous, non seulement en termes de bénéfice pour les individus mais également en termes d'économie de santé. La CMUC agit comme une complémentaire classique : « *parmi les personnes qui recourent aux soins, l'effet de la CMUC sur la dépense présentée au remboursement est équivalent à celui des autres couvertures complémentaires pour l'ensemble des postes de soins, sauf pour les médecins généralistes et l'optique* ³³ ». De plus, elle limite le renoncement aux soins pour raisons financières par rapport à l'absence de couverture (un rapport de 1 à 2³⁴) et les personnes bénéficiaires adoptent un comportement similaire à celles couvertes par toute autre assurance complémentaire. La CMU et l'ACS sont aujourd'hui de véritables facteurs d'impact redistributif et permettent de réduire les inégalités³⁵, y compris en termes de pouvoir d'achat.

En engageant une démarche globale de réorganisation de son accueil à Dijon et Beaune, la CPAM de Côte-d'Or enregistre un taux de complétude à 90 % des dossiers de CMU (contre 60 à 70 % en moyenne nationale). Cet accès à la CMU et à l'ACS a donc permis à de nombreuses personnes de s'inscrire dans un parcours de santé³⁶, d'éviter une dégradation marquée de leur état général de santé ou de recourir systématiquement aux soins d'urgence, induisant des coûts supérieurs pour notre système de protection sociale. Ce que les usagers de la CPAM de Dijon et Beaune ont bien compris, puisque nombre d'entre eux se présentent aux ateliers proposés dans ces deux communes.

³² Source : JESS N., « *Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins* », Etudes et résultats, DREES, n° 0944, décembre 2015.

³³ Source : *Ibid*, p. 5.

³⁴ L'accès à la CMU divise par deux le risque de non recours aux soins. Source : *ibid*.

³⁵ Voir notamment, SIREYJOL A., « *La CMUC et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes, Impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé* », Les *Dossiers de la DREES*, DREES, n°7, octobre 2016.

³⁶ 89 % de personnes de l'échantillon ont déclaré un médecin traitant.

1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon représente l'ensemble des bénéficiaires d'un contrat CMUC ou ACS en cours au 1^{er} janvier 2017 et gérés par la CPAM de Dijon. Le ciblage a été effectué uniquement pour les personnes avec un NIRAM = E. dans le cas de plusieurs contrats au 1^{er} janvier les contrats CMUC ont été priorisés, soit, au total, 31215 personnes.

Les données traitées sont issues de deux bases de la CPAM : l'une générale nommée « Base bénéficiaires » ou BDO et l'autre dite « Base ressource » ou BR, spécifique aux demandeurs de CMUC ou d'ACS.

Pour cette dernière, les informations recensées concernent uniquement le demandeur. Aussi, dans le cas où un foyer compte plusieurs personnes, les informations relatives au demandeur ont été répétées à l'identique pour chaque membre du foyer.

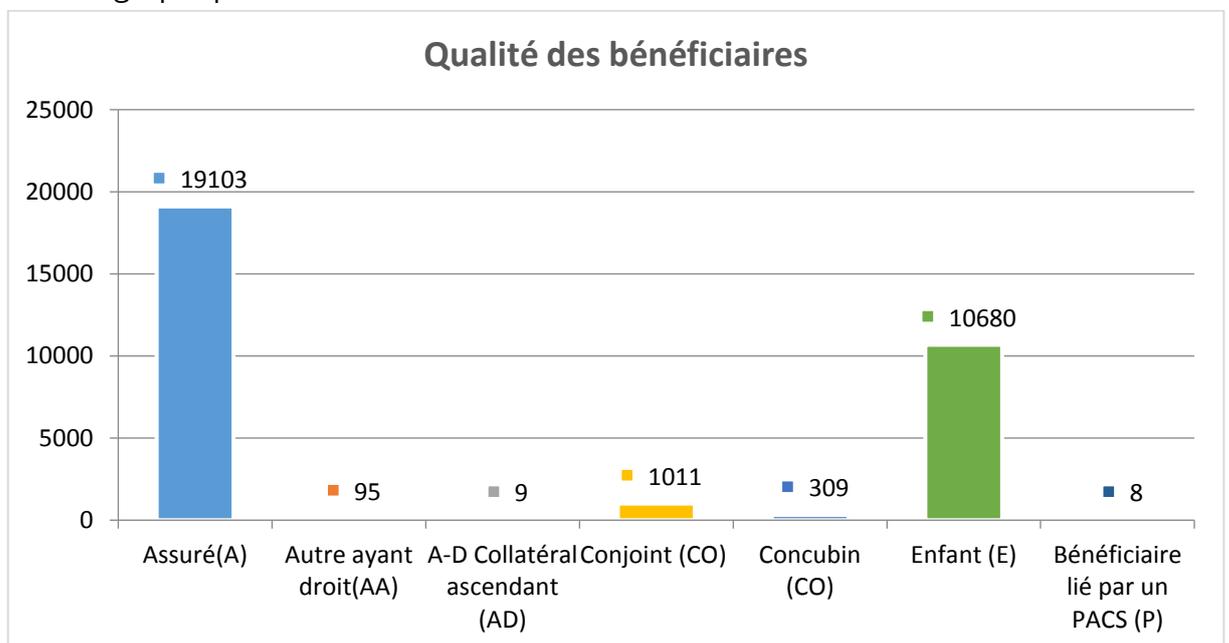
Afin d'éviter les doublons et les aberrations, dans certains calculs, les personnes référencées sous le statut « enfant » de la base ressource et celles ayant moins de 18 ans ont été écartées.

2. Présentation générale.

Dans cette population, 53 % des dossiers sont des demandes de renouvellement contre 47 % de nouvelles demandes.

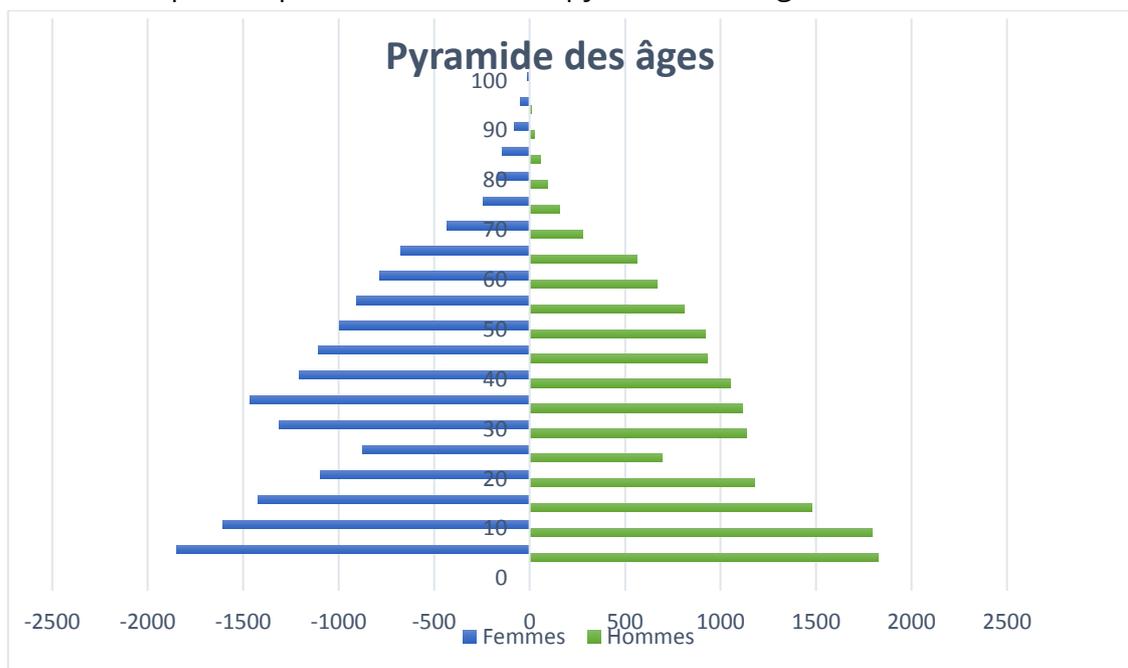
81 % des personnes sont bénéficiaires de la CMU et 19 % de l'ACS.

En termes de statut des bénéficiaires, 61 % sont les assurés eux-mêmes, 34 % sont des enfants (les assurés pouvant également être des mineurs), tels que précisé dans le graphique ci-dessous.



2. Age et sexe des bénéficiaires

Les femmes représentent 52,6 % de l'ensemble de la population, contre 47,4 % d'hommes qui se répartissent selon une pyramide des âges ci-dessous :



La répartition des âges de notre échantillon est assez proche de la moyenne nationale des bénéficiaires de la CMU mais nettement plus jeune que le reste de la population : 52 % d'entre eux ont moins de 30 ans, contre 34 % pour l'ensemble de la population française. A l'inverse, on compte seulement 5 % de personnes de plus de 60 ans, contre 24 % pour l'ensemble de la population française, ceci s'expliquant principalement par le fait que l'allocation de solidarités aux personnes âgées (ASPA) est supérieure aux plafonds de ressources de la CMUC :

Répartition par âge bénéficiaires CMU et population totale française en %

	Population totale française*	Bénéficiaires CMUC France*	Bénéficiaires CMUC CPAM 21
Moins de 16 ans	19%	33%	36%
16 - 49 ans	44%	54%	50%
50 - 59 ans	13%	10%	10%
60 ans et plus	24%	3%	5%
Total	100%	100%	100%

Il en est de même, dans une moindre mesure, pour les bénéficiaires de l'ACS :

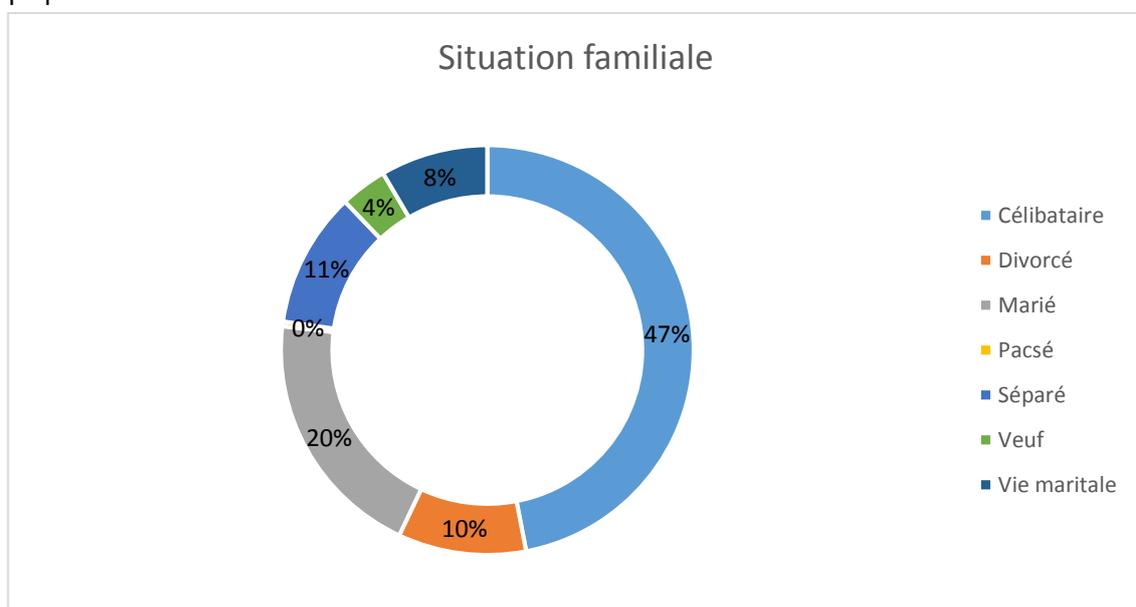
Répartition par âge bénéficiaires ACS et population totale française en %

	Population totale française*	Bénéficiaires ACS France*	Bénéficiaires ACS CPAM 21
Moins de 16 ans	19%	25%	23%
16 - 49 ans	44%	38%	34%
50 - 59 ans	13%	8%	29%
60 ans et plus	24%	28%	14%
Total	100%	100%	100%

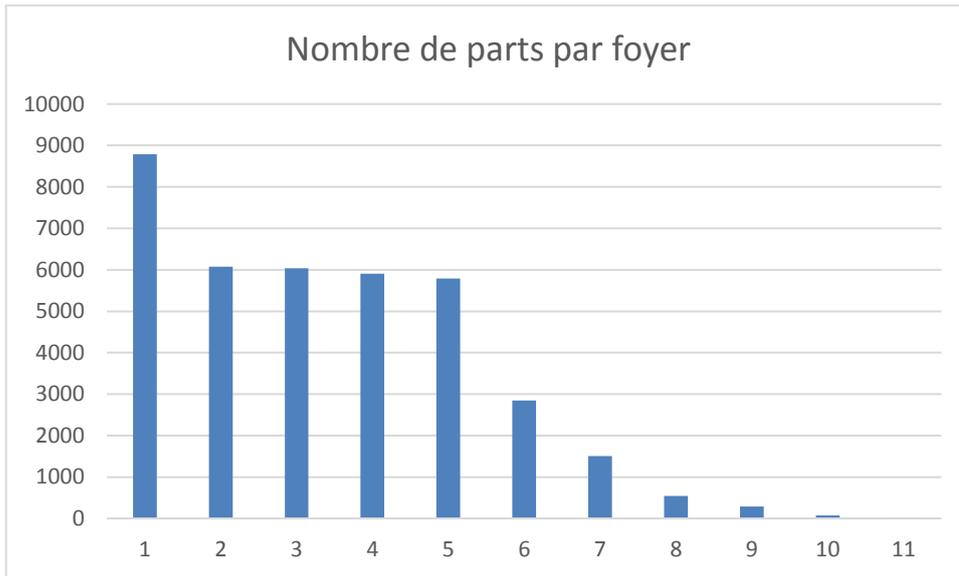
* Source : Enquête santé et protection sociale, in JESS N., « *Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins* », Etudes et résultats, DREES, n° 0944, décembre 2015, p.3.

3. Situation familiale

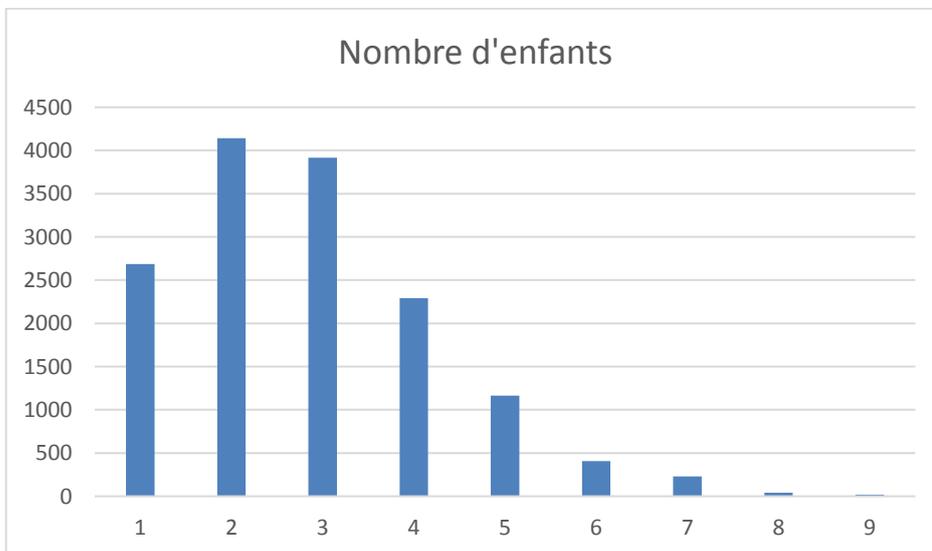
Les personnes vivant sans conjoint représentent la très grande majorité de la population :



La moyenne du nombre de part par foyer est de 2,19 :

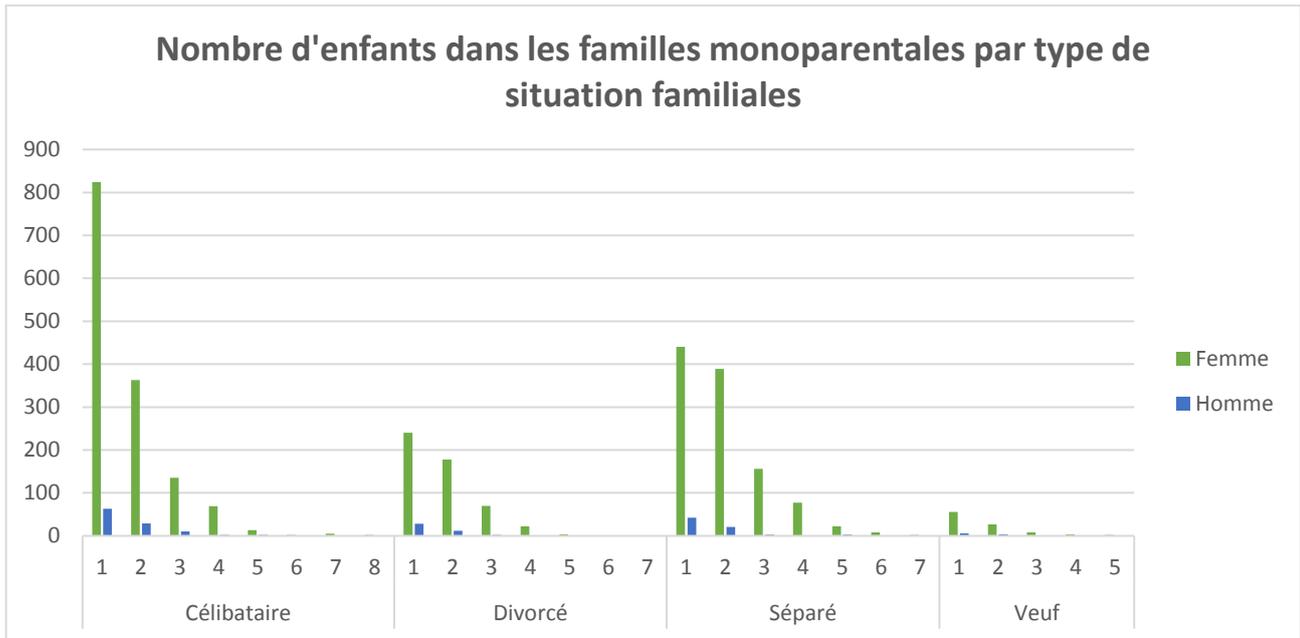


La moyenne du nombre d'enfants est aussi assez faible, soit 2,13 enfants dont 9 % relève de l'aide sociale à l'enfance (ASE) :



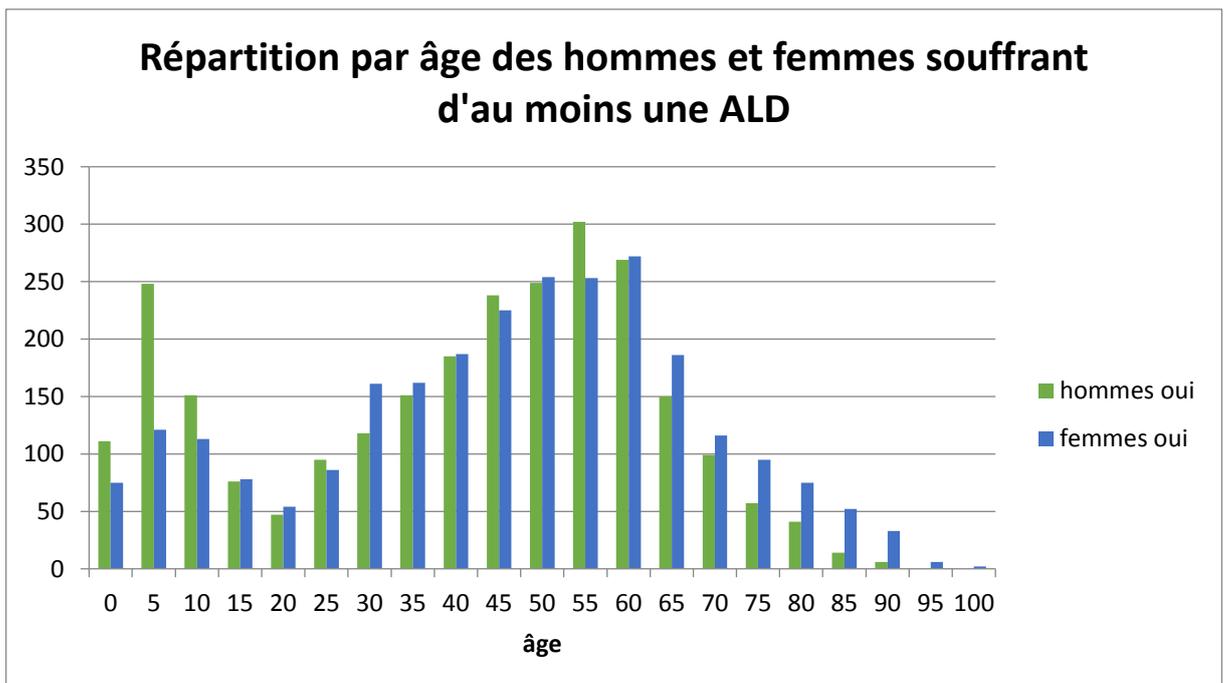
Ces données conduisent à un nombre très important de familles monoparentales³⁷ : on compte 6 915 familles avec au moins un enfant, **48 % sont des familles monoparentales**. Dans **94 % des situations, le parent référent est une femme**.

³⁷ Nous avons qualifié dans notre échantillon les familles monoparentales parmi les personnes se déclarant célibataire, divorcé, séparé ou veuf et ayant au moins un enfant. Les données par foyer n'étant par traitables directement ici.



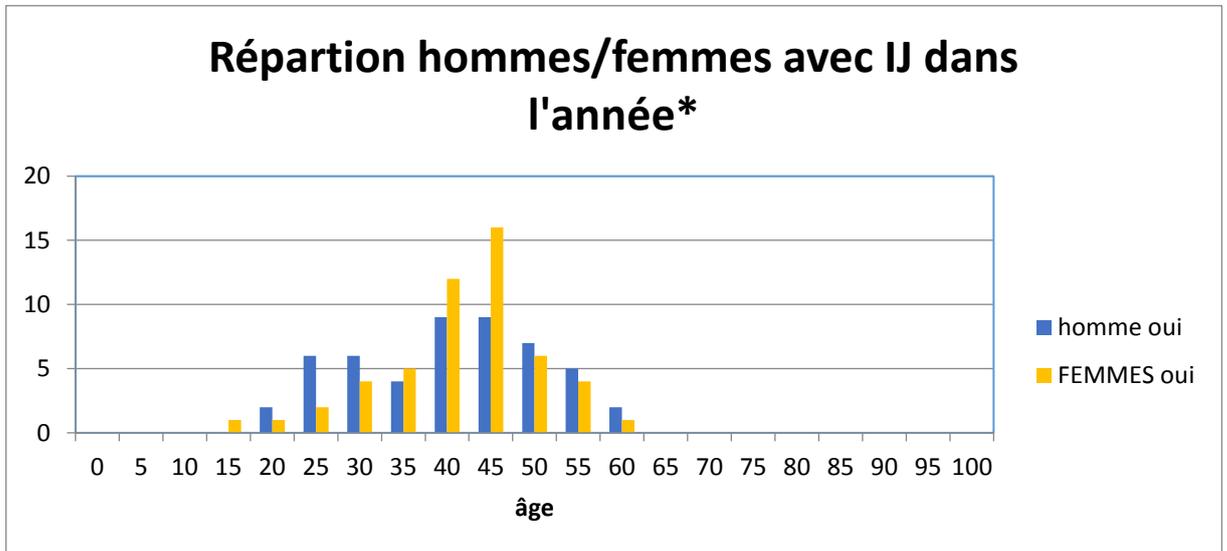
4. Santé

Globalement les bénéficiaires de la complémentaire santé gratuite ont un état de santé nettement plus dégradé que le reste de la population³⁸. Ce qui est confirmé par le nombre de personnes souffrant d'au moins une affection de longue durée (ALD) de notre population :



³⁸ Cf. bibliographie.

Dans l'échantillon, 5 213 personnes ont déclaré souffrir d'au moins une ALD, soit 17 % de la population totale, dont 2 606 femmes et 2 607 hommes. Ces chiffres sont particulièrement importants si l'on garde en mémoire le fait que la population des bénéficiaires de la CMUC est particulièrement jeune. Dans notre population, **la moyenne d'âge des personnes souffrant d'au moins une ALD est de 44 ans, un quart d'entre eux ont moins de 30 ans.**



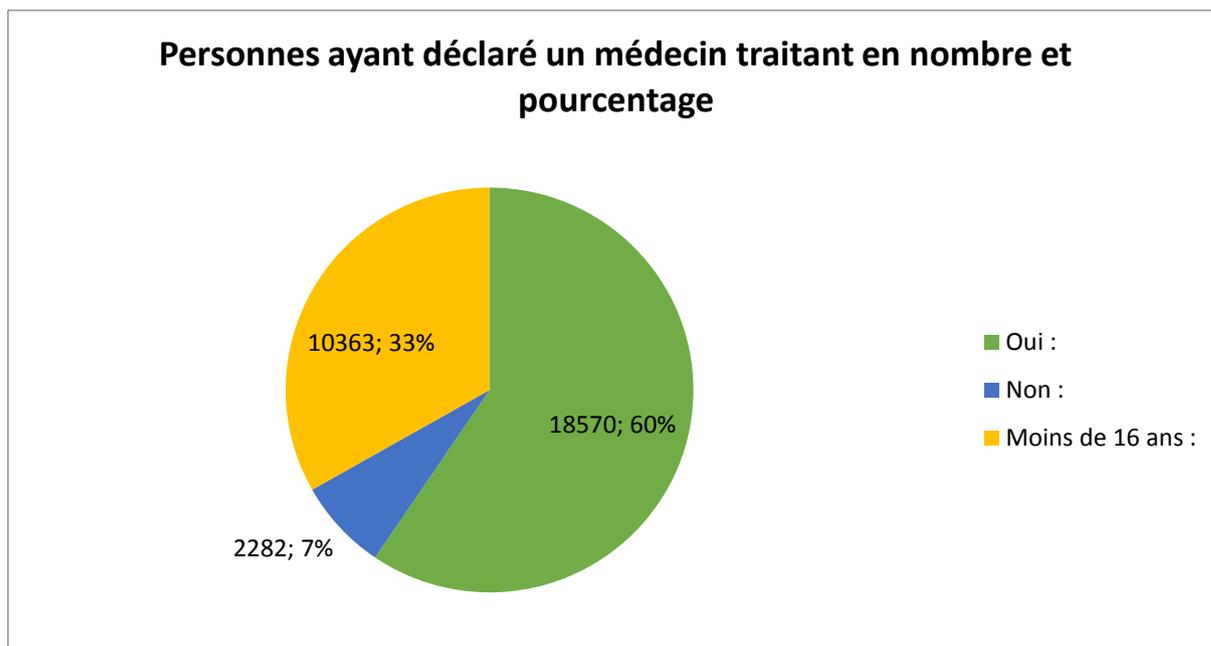
*Note de lecture : données recensées pour les personnes ayant le statut d'ouvrant droit et ayant eu plus de 180 jours d'indemnités dans l'année. Soit 102 personnes.

Nous n'avons pas traité les données détaillées relatives aux soins et aux pathologies de l'échantillon. Ce travail d'étude serait très intéressant à effectuer sur une période longitudinale afin de mesurer l'effet des ateliers de la CPAM de Côte-d'Or sur la santé des personnes bénéficiaires de la CMU³⁹.

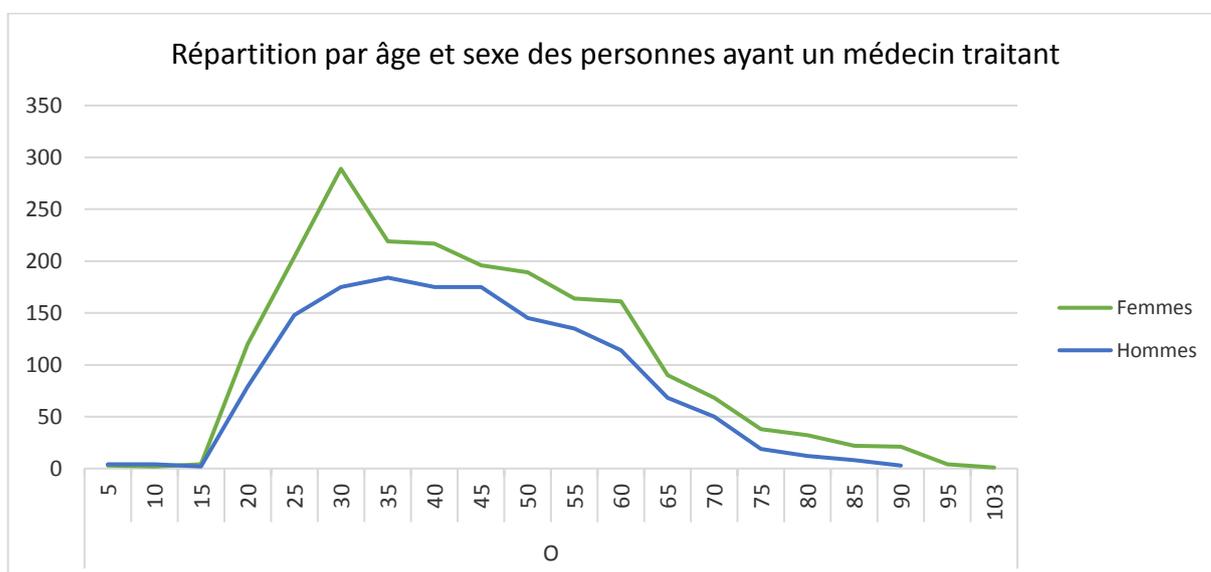
Toutefois, on note un effet très significatif quant au nombre de personnes ayant déclaré un médecin traitant, étape essentielle dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et sécurisé :

³⁹ Les ateliers de la CPAM pour l'accès à la CMUC et à l'ACS se sont mis en place en 2015 et ne permettent pas pour le moment d'effectuer une analyse longitudinale.

Personnes ayant déclaré un médecin traitant en nombre et pourcentage

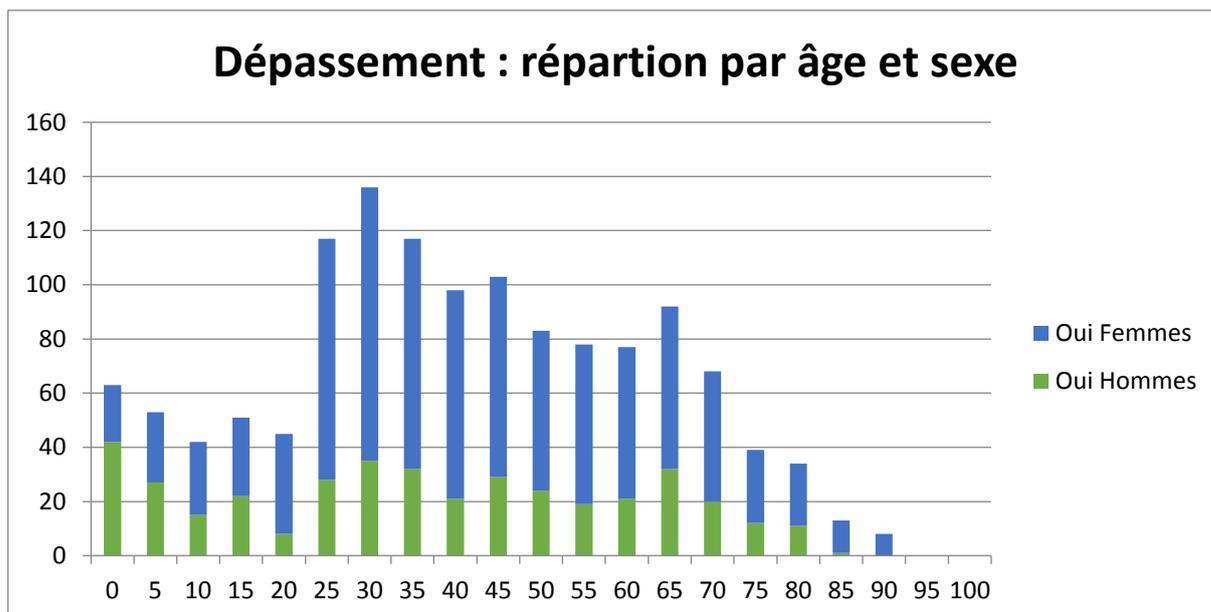


Si l'on écarte les enfants de moins de 16 ans⁴⁰, **89 % des personnes de l'échantillon ont déclaré un médecin traitant.**



Les dépassements d'honoraires sont assez faibles, puisque **le taux de dépassement est de 4 %** parmi la population totale de l'échantillon.

⁴⁰ Le remboursement des frais de soins est moins important pour les personnes qui n'ont pas déclaré de médecin traitant, sauf pour celles qui ont moins de 16 ans.



5. Ressources

Les ressources des personnes de l'échantillon sont extrêmement faibles, elles vivent en moyenne et par personne avec **466,51 € par mois** (5 598 € par an) alors qu'un nombre non négligeable déclare percevoir un salaire ou un traitement :

Type de ressources	Nb de personnes	Montant moyen annuel
Traitements et salaires	3864	6 185,64 €
Bourses études enseignement supérieur	67	4 455,97 €
Indemnités journalières	1018	2 269,58 €
Prestations familiales	2336	4 225,10 €
Allocations chômage	2968	4 936,11 €
Préretraites	4	5 871,50 €
Pensions, retraites et rentes	3067	8 476,53 €
Pensions alimentaires reçues	597	2 548,61 €
Secours et aides réguliers	202	2 531,50 €
Revenus des professions non salariées	9	3 392,61 €
Montant du chiffre d'affaires	6	5 233,50 €

Conclusion

Les caractéristiques statistiques de la population étudiée sont très proches des moyennes nationales. Ceci est particulièrement intéressant, si dans l'avenir, les

effets des ateliers présentés par l'analyse qualitative des entretiens (rapidité de traitement, bénéfices de l'accueil collectif, maximisation des infos, accès aux bilans de santé...) étaient complétés par leur mesure, sur un temps plus long, en termes d'incidences sur le parcours de soins des personnes et de leur famille. Ces effets pourraient, ainsi, être comparés aux données nationales (SNIIRAM, échantillon de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de la DREES, échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance Maladie, travaux du fond CMU...) dont nous sommes d'ores et déjà convaincus.

C Lagarde

Bibliographie

ALLONIER C., BOISGUERIN B., LE FUR P., « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population : résultats des enquêtes ESPS 2006-2008 », *Etudes et résultats*, DREES, 03/2012, n°793, 8 p.

Annuaire statistique, Fonds CMU, 06/2016, 39 p.

Assurance maladie, « Premiers éléments de présentation des caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires du département de Côte d'Or : éléments pour diagnostic », Assurance Maladie de Côte d'Or – PLANIR, 04/2014, 15 p.

Assurance maladie, CARSAT, « Les situations d'exclusion des soins détectés par le service social de l'Assurance Maladie en Bourgogne et Franche-Comté en 2014 : étude », Assurance Maladie Service Social Bourgogne et Franche Comté, Carsat Retraite & santé au travail Bourgogne & Franche-Comté, 4 p.

BERTHELOT A., « Précarité dans l'agglomération de Grenoble : pas uniquement dans les zones urbaines sensibles », *La Lettre Analyses*, INSEE 11/2008, n° 99, 4p.

BLANCHET N., « Rapport final : Etude auprès d'assurés de la CPAM du GARD sollicitant une aide financière pour des soins dentaires », *Odenore*, 05/2013, 38 p.

BOISGUERIN B., « Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins », *Etudes et résultats*, DRESS, 10/2007, n°603, p. 1-8

BOISGUERIN B., « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? », *Etudes et résultats*, DRESS, 01/2009, n°675, 6 p.

Cetaf, L'Assurance Maladie, « Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie », *Précarité et inégalités de santé*, 10/2005, 2 p.

DAMON J., « Pauvreté et précarité en chiffres », *Les Cahiers français*, n° 390, 2016, pp. 8-14.

DREES, « Le renoncement aux soins : actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris », DRESS, coll. *Etudes et statistiques*, 2012, 146 p.

DREPRES C., RENAUD T., COLDEFY M., *et al.*, « Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre », Rapport de recherche, IRDES, Mai 2012, 93 p.

Groupe d'étude multidisciplinaire en santé au travail de l'Oise, « Indicateurs de précarité », GEMSTO, 12/2007, 19 p.

GUTHMULLER S., WITWER J., « Complémentaire santé, accès aux soins et inégalités : L'effet de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin – une analyse par régression des discontinuités », *Economie publique*, 01/2012, n°28-29, p. 95-120

JESS N., « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Etudes et résultats*, DREES, 12/2015, n°944, 6 p.

PAITA M., RICORDEAU P., ROQUEFEUIL L., « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », *Points de repère*, 08/2007, n°8, 11 p.

RAYNAUD D., « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Etudes et résultats*, 03/2003, n° 229, 8p.

Références : La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle, 01/2016, n° 62, 6 p.

RICCI P., « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010 », *Points de repère*, 09/2011, n°35, 11 p.

SIREYJOL A., « La CMUC et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes, Impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé », *Les Dossiers de la DREES*, DREES, n°7, octobre 2016.

WARIN P., CHAUVEAUD C. « Le baromètre du renoncement aux soins dans le GARD : rapport d'étude », *Odenore*, MSH Alpes, Pacte, Sciences Po Grenoble, 09/2014, 104 p.