

## PRESTATIONS SOCIALES : LA DISSUASION ORGANISÉE

Laura Petersell

GISTI | « Plein droit »

2015/3 n° 106 | pages 11 à 14

ISSN 0987-3260

ISBN 9971987326008

DOI 10.3917/pld.106.0011

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2015-3-page-11.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour GISTI.

© GISTI. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**Pourquoi toutes les personnes potentiellement bénéficiaires de prestations sociales ne font-elles pas valoir leurs droits ? Choix politique ou crainte d'être taxées d'« assistées » ? En réalité, le non-recours aux droits sociaux, dont les conséquences pour les étrangers sont particulièrement violentes, résulte d'une multiplicité d'obstacles. Méconnaissance des droits, complexité des textes, pratique d'exclusion des administrations se conjuguent pour dissuader les étrangers de faire valoir leurs droits.**

# Prestations sociales : la dissuasion organisée

---

Laura Petersell, *La Cimade*

---

Alors même qu'une partie des politiques et médias ne parlent que de fraudes aux prestations sociales, il est aujourd'hui avéré que le phénomène du non-recours aux droits est bien plus important<sup>1</sup>. Cette notion renvoie à toute personne éligible à une prestation sociale qui ne la perçoit pas, quelle qu'en soit la raison. Parler de « renoncement » induit une dimension supplémentaire qui suppose un acte volontaire et réfléchi, un abandon.

« Le taux de non-recours s'élève à 68 % pour le revenu de

*solidarité active (RSA) d'activité (versé en complément du salaire) et à 35 % pour le RSA socle (pour les personnes sans ressources). [...]*

*Parmi les allocataires du RSA, ils sont 29 % à ne pas bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) alors qu'ils entrent dans les critères de ressources<sup>2</sup>. » Pourquoi toutes les personnes potentiellement bénéficiaires de prestations sociales ne font-elles pas valoir leurs droits ? Est-ce un choix politique de leur part ou la crainte d'être assimilées à ces « assisté·e·s » stigmatisé·e·s par les médias ?*

Ce phénomène touche toutes les couches de la société mais, pour les plus pauvres, les conséquences du non-accès aux droits sont plus violentes. Pour les personnes

étrangères, il se double d'obstacles propres à leur statut de non-Français donc, potentiellement, d'indésirables.

Le système de protection sociale « à la française » est un filet de sécurité fondé sur la socialisation des ressources et la solidarité. Mais, depuis les années 1980, le système subit des assauts incessants de la part de ses détracteurs et s'érode petit à petit. Cette érosion se traduit notamment par l'exclusion de catégories de personnes sur des critères discriminatoires, en particulier la nationalité ou la régularité de séjour. Il se complexifie aussi davantage au point que l'accès aux prestations sociales est parfois ubuesque.

Les obstacles pour accéder à ces droits dits « sociaux » sont tels

qu'ils mettent à mal leur dimension sociale : ils sont peu et mal connus, leurs conditions d'accès sont techniques, complexes, et les pratiques évoluent en permanence, dans un sens de plus en plus restrictif. Or, ces restrictions, parfois abusives, sont très peu encadrées car l'accès au juge est lui aussi un véritable parcours du combattant.

### Des droits méconnus

Les bénéficiaires potentiels de prestations sociales se heurtent au fait de ne pas connaître le système administratif, de ne pas savoir à qui s'adresser, de ne pas parler français ; ce à quoi on peut ajouter la peur d'avoir des ennuis, d'être identifié, fiché, repéré, arrêté, expulsé... La complexité de la législation oblige à passer par des services sociaux ou des associations qui ne maîtrisent pas forcément l'ensemble des droits et les modalités d'accès. Les acteurs du champ sanitaire et social sont très rarement formés au droit des étrangers. À l'inverse, les associations et avocats qui connaissent bien ce droit sont souvent peu au fait des conditions d'accès aux droits sociaux.

Contrairement à ce que pense une grande part des dirigeants politiques, des médias et des acteurs du champ sanitaire et social, le fait d'être une personne étrangère résidant en France en situation irrégulière n'empêche pas d'avoir des droits<sup>3</sup>. Néanmoins, en France, la plupart des prestations sociales sont conditionnées à la possession d'un titre de séjour français. Mais accéder à un tel titre est de plus en plus complexe, la loi fixant des conditions toujours plus restrictives.

Dans un article consacré au non-recours, Philippe Warin a bien mis en lumière les mécanismes qui favorisent sa progression : « *Les prestations sociales sont adossées à*

*de multiples références législatives et réglementaires. Une telle profusion rend plus incertains l'interprétation des règles et le sens du droit dans le traitement des demandes. Cette insécurité juridique pose la question de la justiciabilité des droits sociaux. Quand obtenir une aide devient un parcours du combattant, toutes les conditions sont réunies pour que les personnes ne connaissent pas les prestations auxquelles elles ont droit, ou pour qu'elles abandonnent leurs démarches, quand bien même elles adhèrent à leurs normes. Les professionnels eux-mêmes en arrivent parfois, du fait de cette complexité, à ne même plus traiter des demandes*<sup>4</sup>. »

Les conditions d'accès aux droits sociaux supposent une très bonne connaissance du corpus juridique. Par exemple, si beaucoup de droits sociaux sont conditionnés au fait d'avoir un titre de séjour, le critère ne sera pas le même en fonction de la prestation sociale ciblée ! Pour être affilié au régime général de l'assurance maladie, il conviendra de « simplement » justifier d'une convocation en préfecture (art. L. 380-1 du code de la sécurité sociale) alors que pour bénéficier de l'allocation adulte handicapé (AAH), il sera nécessaire de présenter un titre de séjour temporaire d'un an (art. D. 821-8 et D. 115-1 du code de la sécurité sociale).

De plus, les combats politiques et juridiques qui sont menés sur l'accès aux droits sociaux entraînent des évolutions, tant au niveau des textes que de leur interprétation par les juges. Ainsi, les critères d'accès aux prestations familiales

pour les personnes étrangères fluctuent-ils depuis quelques années, sous l'influence de la Cour de cassation notamment. À l'origine, le législateur avait conditionné le bénéfice de ces prestations au fait que les enfants soient entrés par la procédure de regroupement familial ou nés en France, excluant de fait les familles ayant régularisé leur situation une fois en France. Pouvant être considérée comme discriminatoire, cette condition a été âprement contestée devant les juges. En 2004, la Cour de cassation a considéré qu'elle était discriminatoire. Mais quelques années plus tard, en 2011, elle est revenue sur son appréciation... En 2013, la porte s'est à nouveau entrouverte en activant les accords internationaux de Sécurité sociale<sup>5</sup> qui prévoient l'égalité de traitement entre

ressortissants des États parties aux accords. Encore faut-il qu'ils le soient.

Ces évolutions et revirements rendent difficilement lisibles les critères d'accès aux prestations familiales pour les familles étrangères. Il est plus « facile » de dire aux bénéficiaires

➤ Il est beaucoup plus facile pour un hôpital de poursuivre en recouvrement de dette un patient que de se battre avec l'assurance maladie pour aider l'intéressé à accéder à ses droits.

qu'ils n'ont pas de droits plutôt que de se battre pour les faire respecter. Pourtant, les refus illégitimes d'accès aux prestations familiales prononcés par les caisses d'allocations familiales entraînent en cascade des refus d'accès au parc locatif social, bailleurs sociaux et centres d'hébergement ne tenant pas compte des enfants dans l'appréciation de la taille du logement à fournir.

Pour des raisons d'opportunité politique, la loi dite « couverture maladie universelle » a

laissé sur le carreau les personnes étrangères en situation irrégulière. Elles peuvent toutefois bénéficier d'une couverture maladie subsidiaire relevant de l'aide sociale, l'aide médicale d'État (AME), pour peu qu'elles résident en France depuis plus de trois mois et gagnent moins qu'un certain plafond de ressources<sup>6</sup>. Ce double système engendre des mécanismes et des procédures complexes et dissuasifs, des contrôles et des retards importants, voire des blocages dans l'ouverture des droits.

### Obstacles législatifs et administratifs

Si les textes sont complexes, les pratiques des administrations et des institutions ne facilitent en rien l'accès aux droits, bien au contraire ! Ces organismes dits de « service public » excluent plus qu'ils ne servent. Par exemple, les ressortissants de l'Union européenne n'ont pas forcément besoin d'un titre pour séjourner en France. Il revient donc aux organismes auxquels ils s'adressent pour accéder à un droit d'analyser leur droit au séjour. Autrement dit, ce sont les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui décident d'octroyer ou de refuser l'accès à l'assurance maladie ou à l'aide médicale d'État aux intéressé·e·s, en fonction de leur situation administrative.

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) oblige ainsi les ressortissants européens qui déclarent être en situation irrégulière, donc relever de l'AME, à d'abord remplir un formulaire de demande d'assurance maladie. Leur demande d'AME n'est considérée comme recevable qu'une fois que la Sécurité sociale leur a notifié un refus d'accès à l'assurance maladie. Une procédure qui peut durer plus d'un an. Si on ajoute le retard de traitement des dossiers du fait du

manque de moyens et de personnel dans certaines CPAM, voire la perte « opportune » des dossiers de demande d'AME... il y a toutes les raisons de penser que les cas connus des associations ne sont que la partie émergée de l'iceberg.

Ce dispositif kafkaïen serait presque drôle s'il n'avait des conséquences dramatiques. Le renoncement aux soins démarre par l'absence de prise en charge financière des soins. De plus, l'absence de couverture maladie accroît le risque de refus d'accès aux soins. Dans son rapport annuel 2014 portant sur l'accès aux droits et aux soins en France, Médecins du Monde indique que près de 90 % des personnes accueillies pour la première fois dans un centre de soins de l'association ne disposent d'aucune couverture maladie alors que près des trois quarts pourraient y avoir accès. Elle constate que l'absence de couverture maladie entraîne retards et renoncements aux soins, qui affectent directement l'état de santé des patients concernés<sup>7</sup>.

Autre difficulté pour accéder aux droits sociaux : être domicilié. Selon la loi, la domiciliation fait partie des missions des centres communaux d'action sociale (services sociaux des mairies). Mais, en pratique, nombre d'entre eux s'en désengagent partiellement voire totalement. Beaucoup considèrent que les personnes étrangères en situation irrégulière n'ayant pas de droits, il n'est pas nécessaire de les domicilier. Alors comment faire pour accéder à l'AME, recevoir son courrier, ouvrir un compte en banque ? D'autres CCAS considèrent que la personne ne relève pas de leur territoire faute de preuve d'un « lien d'attachement avec la commune ». Le même motif est avancé pour justifier le refus de scolarisation des enfants de personnes sans domicile fixe ou qui vivent en bidonvilles, une stigmatisation

particulièrement forte concernant les familles Roms. Contre l'idée largement répandue dans l'opinion publique selon laquelle « les Roms ne scolarisent pas leurs enfants », il est nécessaire de rappeler le calvaire qui est le leur : arriver à faire scolariser son enfant auprès d'une école qui s'y refuse s'avère plus que difficile, surtout lorsqu'on doit changer de lieu de vie plusieurs fois par an à cause des expulsions de terrain et des hébergements ultra-précaires.

À toutes ces pratiques abusives s'ajoute la suspicion de fraude qui, si elle ne se justifie absolument pas au regard des chiffres, prend une ampleur sans précédent. Ainsi, pour accéder à l'aide médicale d'État, de plus en plus de CPAM exigent des demandeurs qu'ils justifient des ressources qu'ils perçoivent et de la manière dont ils les dépensent. La CPAM de Paris a multiplié les refus d'accès à l'AME au motif que des incohérences apparaissaient entre les ressources et les dépenses déclarées. D'autres CPAM exigent des demandeurs qu'ils prouvent qu'ils ne sont pas en situation régulière.

La multiplication des obstacles qui se dressent pour l'accès aux droits, que ce soit du fait de la complexité des textes ou de la maltraitance des institutions, dissuade bon nombre de bénéficiaires. Or, il s'avère très compliqué de contester ces pratiques ; la complexité des textes et les obstacles institutionnels sont autant d'embûches pour l'accès effectif au juge.

Le système de protection sociale français relève de deux ordres : les juridictions judiciaires (comme le tribunal des affaires de sécurité sociale – TASS) et les juridictions administratives (comme le tribunal administratif ou la commission départementale d'aide sociale – CDAS). Or, il n'est déjà pas évident de savoir à qui s'adresser.

Ainsi, une personne qui souhaite contester la décision de la CPAM lui refusant l'affiliation à l'assurance maladie et le bénéfice de la complémentaire CMU devra mener deux contentieux distincts devant le TASS et devant la CDAS ; sachant qu'avant d'aller devant le TASS, il convient d'adresser à la direction de la CPAM un recours administratif préalable obligatoire... exigence qui n'est pas nécessaire pour saisir la CDAS. Bref, c'est un vrai casse-tête ! À tel point que les caisses elles-mêmes se prennent les pieds dans le tapis et ont tendance à notifier aux intéressé-e-s des voies et délais de recours erronés.

D'ailleurs, le contentieux de l'aide sociale est défaillant<sup>8</sup> : pour contester un refus d'accès à l'aide médicale d'État, il faut adresser un recours à la CDAS dans les deux mois. L'aide juridictionnelle n'est pas prévue pour ce contentieux et presque systématiquement refusée par les bureaux d'aide juridictionnelle. De plus, il n'existe aucune procédure d'urgence devant la CDAS qui peut mettre jusqu'à deux ans avant de statuer. Or, il est fréquent que les personnes concernées n'aient pas recours aux soins tant qu'elles n'ont pas de couverture maladie. Par ailleurs, cette procédure a été fortement remise en question par le Conseil constitutionnel<sup>9</sup> qui a considéré que la CDAS ne pouvait pas faire office de juridiction pour défaut d'indépendance.

L'accès au tribunal administratif est tout aussi restreint pour les personnes en situation irrégulière du fait de l'impossibilité d'obtenir l'aide juridictionnelle et des délais d'audiencement.

Compte tenu de toutes ces difficultés pour accéder aux droits, les acteurs du champ sanitaire et social se découragent eux-mêmes et, plutôt que de se battre pour soutenir les intéressé-e-s dans la recon-

naissance de leurs droits, ils les privent des prestations sollicitées. Ainsi, dans les hôpitaux, la situation se dégrade : les services sociaux censés aider les gens à ouvrir leurs droits, en particulier à une couverture maladie, font face aux mêmes pratiques illégales et aux mêmes pratiques abusives que les patients : pertes de dossiers, refus injustifiés, procédures interminables... Si bien que certains hôpitaux continuent à émettre des factures pour soins alors qu'ils savent que les patients ne peuvent pas payer car il est beaucoup plus facile pour un hôpital de poursuivre en recouvrement de dette un patient que de se battre avec la CPAM pour aider l'intéressé à accéder à ses droits. Dans la même logique, des établissements de soins refusent de soigner les patients dépourvus de couverture maladie.

Peut-on encore affirmer que le renoncement aux droits relève uniquement d'un choix ? À moins que la cause ne soit politiquement bien plus dérangeante : l'exclusion institutionnalisée. Car malgré les colloques et forums de concertation, les rapports parlementaires et les notes d'organismes d'État qui tous vont de leurs recommandations en matière de non-recours, le gouvernement rechigne à prendre des mesures concrètes. Il a certes porté devant le Parlement plusieurs propositions de réformes, mais ces dernières ne sont pas pensées dans l'intérêt des justiciables et risquent bien de rendre l'accès au juge encore plus hypothétique<sup>10</sup>.

Si les médias commencent à s'intéresser aux conséquences du non-recours et/ou du renoncement aux droits, notamment sur les plus vulnérables<sup>11</sup>, les pouvoirs publics rechignent toujours à simplifier les formalités d'accès aux prestations sociales car cela permet à l'État d'économiser des milliards d'euros tout en continuant de tenir un

discours de solidarité. Donc, plutôt que de parler de renoncement aux droits, il semblerait plus approprié de parler de système dissuasif qui produit intentionnellement de l'exclusion. ♦

<sup>1</sup> Observatoire des non-recours aux droits et service (Odenore), *L'Envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours aux droits sociaux*, La Découverte, 2012. L'Odenore est rattaché au CNRS.

<sup>2</sup> [www.liberation.fr/societe/2012/11/28/quels-outils-pour-faciliter-l-acces-aux-aides-sociales\\_863644](http://www.liberation.fr/societe/2012/11/28/quels-outils-pour-faciliter-l-acces-aux-aides-sociales_863644)

<sup>3</sup> cf Gisti, *Sans papiers mais pas sans droits*, 6<sup>e</sup> édition, coll. Les Notes pratiques, 2013. Téléchargeable sur le site [www.gisti.org/publication](http://www.gisti.org/publication)

<sup>4</sup> [www.revue-projet.com/articles/2015-05-warin-pourquoi-le-non-recours](http://www.revue-projet.com/articles/2015-05-warin-pourquoi-le-non-recours)

<sup>5</sup> Conventions bilatérales, conventions entre États membres de l'UE et États tiers, conventions internationales, etc.

<sup>6</sup> Art. L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>7</sup> [www.medecinsdumonde.org/index.php/Publications/Observatoire-2014-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-telechargez-le-rapport](http://www.medecinsdumonde.org/index.php/Publications/Observatoire-2014-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-telechargez-le-rapport)

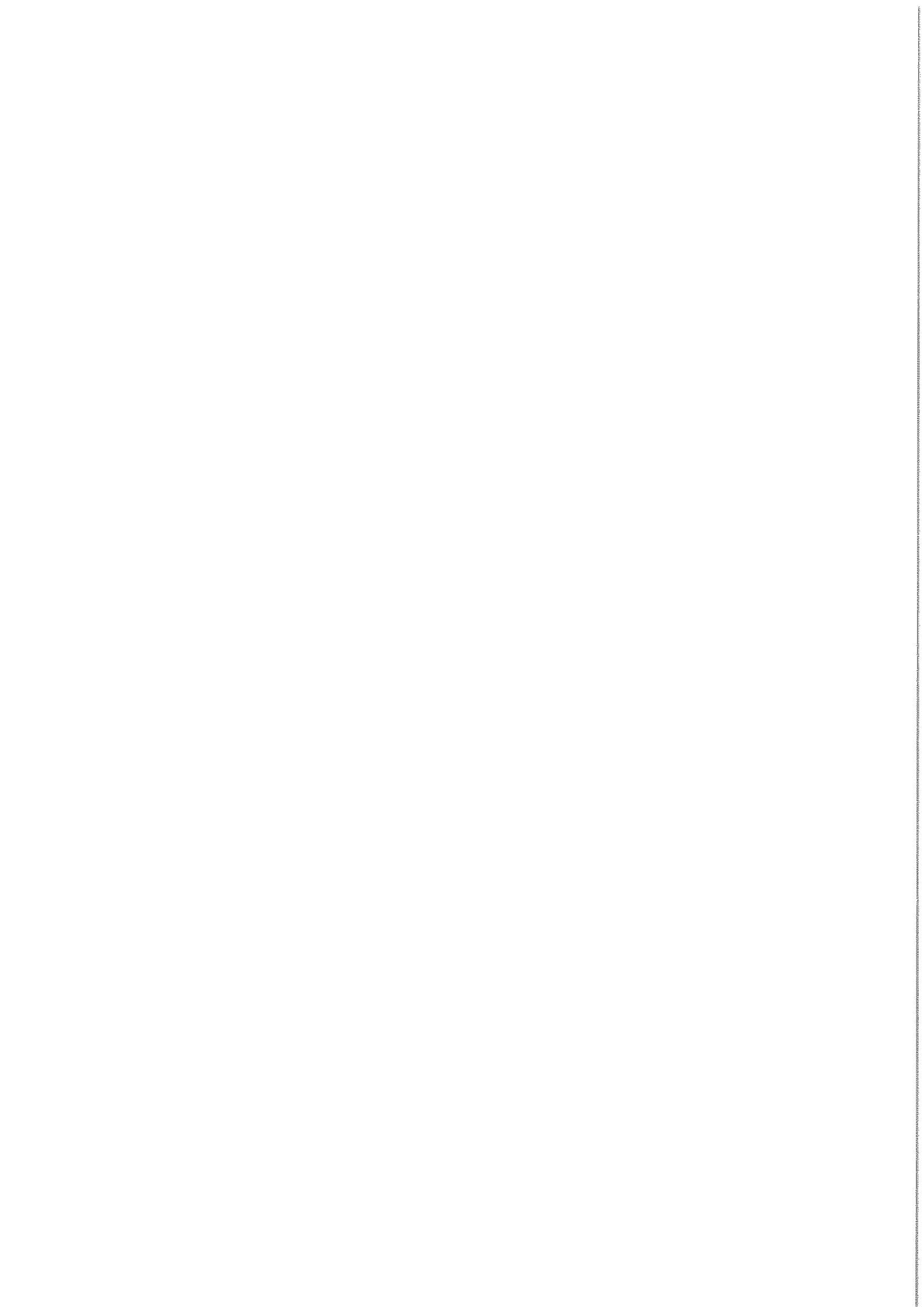
<sup>8</sup> Sur le sujet et les difficultés d'accès à la justice sociale, lire Pierre Joxe, *Soif de justice, au secours des juridictions sociales*, Fayard, 2014.

<sup>9</sup> Décisions n° 2010-110 QPC du 25 mars 2011 et n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012 du Conseil constitutionnel.

<sup>10</sup> Communiqué de presse du CISS « Contentieux de l'aide sociale : pour une autre réforme ! », 17 janvier 2015 [en ligne sur leur site : [www.leciss.org/espace-presse/](http://www.leciss.org/espace-presse/)]

<sup>11</sup> *Idem*. Voir aussi la motion du Syndicat de la magistrature sur le contentieux de l'aide sociale, 30 novembre 2014 : [www.syndicat-magistrature.org/IMG/pdf/motion\\_contentieux\\_social\\_v\\_dfive.pdf](http://www.syndicat-magistrature.org/IMG/pdf/motion_contentieux_social_v_dfive.pdf)

<sup>12</sup> *France Inter*, « Ces milliards qu'on économise sur le dos des pauvres », 13 mars 2015 : [www.franceinter.fr/emission-le-zoom-de-la-redaction-ces-milliards-qu-on-economise-sur-le-dos-des-pauvres](http://www.franceinter.fr/emission-le-zoom-de-la-redaction-ces-milliards-qu-on-economise-sur-le-dos-des-pauvres)



LE NON-RECOURS AUX DROITS : L'EXEMPLE DE LA PROTECTION  
SOCIALECaroline Desprès

Érès | « Vie sociale »

2008/1 N° 1 | pages 21 à 96

ISSN 0042-5605

DOI 10.3917/vsoc.081.0021

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2008-1-page-21.htm>

---

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale

Caroline Despres\*

Différentes lois et dispositifs sociaux sont mis en place afin de construire une société équitable. Leur efficacité est affaiblie par le non-usage de leurs droits par les populations ciblées. Le non-recours aux droits constitue alors un enjeu pour les pouvoirs publics afin d'optimiser les effets des cadres juridiques et administratifs. Quand des personnes ne font pas valoir leurs droits, c'est l'exercice de la citoyenneté qui est alors en cause.

21

En nous appuyant sur différentes études menées autour de la protection sociale et l'accès aux soins, nous verrons quels sont les facteurs explicatifs du non-recours. Les causes sont diverses et seront analysées dans cet article. Manque d'accessibilité des espaces où se fait l'ouverture des droits, défaut d'information des plus exclus, difficultés cognitives de certains candidats ou choix mesurés, maintes raisons expliquent ces non-recours du côté des usagers ou du côté des institutions, de leur mode d'organisation et d'accueil des populations. Les choix de certains candidats éligibles de ne pas bénéficier soulèvent également la question des effets psychosociaux de l'usage des droits.

Notre propos repose essentiellement sur les résultats de plusieurs études qualitatives<sup>1</sup> réalisées dans le département du Val-de-

\* Chercheure associée à l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).

1. Sarah BURSAUX, Caroline DESPRES, Michel NAIDITCH, *Étude sur les attentes des bénéficiaires de la CMU dans huit villes du département Val-de-Marne*. Rapport



Marne : l'une portant sur l'accès aux droits et l'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, la seconde portant sur l'observation des pratiques d'accueil dans les caisses primaires d'assurance maladie. Concernant la seconde, ces pratiques ont été observées à l'accueil des caisses même, mais aussi en accompagnant les agents des missions sociales de la caisse qui vont au devant des usagers dans les associations, espaces RMI, CCAS, voire dans les hôpitaux afin d'ouvrir des droits sans attendre l'émergence d'une demande (rattrapage). Dans les deux études en question, il a été possible de rencontrer des candidats éligibles, certains n'ayant pas fait valoir leurs droits (essentiellement à la CMU) ou d'écouter des situations énoncées à l'agent d'accueil dans l'ensemble des catégories sociales concernées et plus particulièrement auprès de ceux qui échappent aux études quantitatives, notamment *les sans domicile*.

Plusieurs catégories de causes peuvent ainsi être avancées :

- le manque d'information sur le dispositif et ses critères d'inclusion ainsi que les représentations sociales le concernant ;
- le coût de la démarche d'ouverture de droits (subir des comportements désobligeants voire discriminatoires lors du dépôt de la demande) et la nécessité de disposer de compétences psychosociales pour exprimer une demande devant un tiers, choisir l'attitude adéquate générant, de la part de l'agent administratif, la meilleure attention pour traiter le dossier ;
- la démarche d'ouverture de droits est reliée à l'expression d'un besoin immédiat et rarement à l'anticipation d'un besoin futur, ce qui explique de nombreuses situations de non-recours du fait d'un état de santé bon ou ressenti comme tel ;
- les effets sociaux de l'usage de la CMUC – perte de statut social, stigmatisation notamment au regard des professionnels de santé et crainte, justifiée ou non, d'une moins bonne prise en charge – peuvent amener certains à préférer ne pas faire usage de leur droit ou de l'utiliser dans certaines circonstances et pas d'autres. Dans ce cas, le droit a pu être ouvert sans qu'il en soit fait usage.

## La perception du système de protection sociale dans son ensemble : une expérience sociale concrète

La compréhension de ce que représente la CMU est avant tout assujettie à la connaissance globale du système de protection sociale. C'est une connaissance expérientielle. C'est à travers l'apprentissage de situations différentes que l'on appréhende peu à peu le système de soins et, de la même manière, le système de protection sociale. Les plus exclus, ceux qui le sont de longue date, n'ont pas cette expérience sociale ni les réseaux sociaux permettant de s'informer, qui semblent plus efficaces que la communication réalisée par les caisses.

Ainsi, une jeune femme d'origine africaine, mariée avec deux enfants, relate son parcours. Elle et son époux perçoivent de petits salaires qui dépassent le plafond permettant de bénéficier de la CMU complémentaire. Tous deux perdent leur emploi, elle perçoit des revenus de l'ASSEDIC, lui non. Entre temps, elle a accouché d'un troisième enfant, elle peut alors prétendre à la CMUC. Mais elle ne savait pas que ces différents changements de situation du foyer pouvaient avoir une incidence sur des droits ; à l'occasion d'une hospitalisation, en difficulté pour payer, elle fait appel à l'assistante sociale. Son dossier est de nouveau présenté et cette fois-ci, accepté.

23

Les réseaux de connaissances avec lesquels on partage des informations permettent aussi de comparer les situations et de saisir la complexité du système de protection sociale.

Pour ceux qui ont déjà travaillé et éventuellement souscrit à une mutuelle, le sens en est plus clair, comme l'exprime cet homme : « *la CMU, ça sert à avoir cent pour cent. C'est comme une mutuelle pour des gens qui ne travaillent pas.* » Une jeune femme qui vient déposer un dossier explique : « *c'est une mutuelle qui aide les personnes qui n'ont pas de ressources. Elle prendrait en charge tout ce qui reste à payer. Ça prend en charge beaucoup plus que la Sécurité sociale.* »

Pour ceux qui ont toujours bénéficié d'aides, la CMU en est une parmi tant d'autres et pour ceux qui, auparavant, bénéficiaient de l'Aide médicale, la perception d'une différence est minime : « *la CMU... Il y a longtemps que je ne paye pas le médecin et tout. C'était des étiquettes à l'époque maintenant, c'est une carte vitale* ». Pourtant, pour les bénéficiaires de la CMU, l'ouverture de droits qui se faisait précédemment dans les bureaux d'aide sociale des mairies est relayée dans les caisses d'assurance maladie, justement pour inscrire les usagers dans le droit commun.

Ce manque de compréhension du système par une majorité des bénéficiaires est illustré aussi par le fait que quelques personnes rencontrées, bien qu'éligibles à la CMU, continuent néanmoins à cotiser à une mutuelle. Dans certains cas, la mutuelle peut être une mutuelle d'entreprise soit obligatoire, soit prise en charge par l'entreprise, ce qui pourrait expliquer quelquefois le non-recours.

La notion de droit reste abstraite pour la majorité des personnes rencontrées : le droit à la sécurité sociale s'exprime concrètement par l'acquisition de la carte vitale comme le « *droit de résidence* » par « *l'acquisition de papiers* ». Ce qui compte, c'est l'accès à des biens ou des services. Peu importe qu'il s'agisse d'un droit ou d'une assistance. Ainsi, cet homme zairois de 50 ans, demandeur d'asile, SDF, quand on lui demande ce qu'est la CMU complémentaire, répond : « *ça me sert* », illustrant par ces paroles son aspect utilitaire.

Cela révèle également le peu de lisibilité sociale du dispositif et une communication peu adaptée au profil des candidats les plus exclus qui ne fréquentent pas les caisses de la Sécurité sociale. Cela explique également la démarche de la CPAM du Val-de-Marne, où ont été réalisées les différentes études, qui a des permanences dans les lieux où se rencontrent les plus exclus, en s'appuyant notamment sur le tissu associatif. Dans ce cas, il s'agit de délivrer une information dans le cadre d'une relation individualisée et de faciliter une ouverture de droits sur place et dans l'immédiateté de la demande.

24

### **L'usage d'un droit et les représentations qui lui sont rattachées**

La loi sur la CMU fait partie des lois contre l'exclusion. Si son objectif est l'accès effectif aux soins, il est aussi de réinclure une partie de la population dans les dispositifs de soins de droit commun et non ceux qui sont réservés aux plus précaires. Elle est cependant perçue comme une assistance. Plus qu'une extension du droit en matière de protection sociale, la CMU est pensée comme un dispositif ciblé, « *pour nous les pauvres !* », comme l'expriment certains. Construit sur la base du modèle salarial, le système de protection sociale n'a pas été restructuré et la CMU vient seulement s'y superposer afin de combler les brèches du système précédent. Dans les représentations d'une grande partie de la population, c'est bien le travail qui ouvre des droits à une protection sociale : sans travail, plus de droits !

Ainsi en est-il pour un homme kurde, cuisinier, ne trouvant plus d'emploi depuis plusieurs mois. La perte de son emploi lui a fait perdre ses droits à la sécurité sociale (régime général), alors qu'en réalité, bénéficiant du RMI, il est éligible à la CMU (de base et complémentaire). Selon lui, la protection sociale est acquise grâce aux cotisations versées quand on travaille. « *La sécurité sociale, elle est à côté de chez moi, tous les jours, je peux aller..., je croyais qu'il fallait toucher les fiches de paye pour la sécurité sociale, c'est pourquoi, je n'ai jamais été.* »

Sans travail, une partie des bénéficiaires de la CMU considèrent qu'ils ne peuvent se poser en ayants droit puisqu'ils n'ont pas de travail ; ils ne peuvent revendiquer d'autant que leur identité sociale est fragilisée par l'absence de travail.

La catégorie de l'assistance inscrit alors la question de la demande dans une logique du besoin et en fonde la légitimité auprès des bénéficiaires eux-mêmes mais aussi de nombreux intervenants : les agents de la Sécurité sociale recevant les demandes, les professionnels de santé<sup>2</sup>. Dans ce cadre, le recours aux soins donc l'usage d'un droit doit être justifié par une cause légitime : « *être vraiment malade* », ce « *vraiment malade* » n'ayant pas la même signification selon les groupes sociaux. Dans ce cas, la légitimité à se soigner n'est pas contestable d'autant que la valeur santé apparaît dans les discours comme une valeur forte. Ainsi, les représentations des « usagers CMU » se réfèrent à la notion de besoin, qui caractérise une logique d'assistance, d'aide, tout en évoquant une légitimité indiscutable, mobilisant implicitement le droit aux soins, rarement le droit à la santé.

Si la CMU est pensée comme une assistance, la population des bénéficiaires est souvent rattachée, à tort, à un groupe relevant de la grande précarité. Représentant près de 10 % de la population nationale, elle est en fait composée de chômeurs, RMIstes, mais aussi de mères célibataires, d'étudiants pauvres, de travailleurs (dont les salaires sont en bas de l'échelle sociale et pourvus d'une famille nombreuse). Cette vision erronée des ayants droit génère des non-recours de la part de ceux qui ne se croient pas assez démunis. Rattacher la CMU à une assistance aux plus pauvres a également pour effet de produire une disqualification sociale de ceux qui sont dans une meilleure position sociale.

2. Cette question de l'assistance est fondamentale car elle permet de comprendre certaines logiques de médecins qui reçoivent des bénéficiaires de la CMU en cas de besoin de soins et non dans le cadre de soins de confort ou de prévention.

## Relier le droit à son usage et donc à un besoin de soins

Les études que nous avons menées montrent qu'un certain nombre de personnes ne font pas valoir leurs droits tant qu'elles ne ressentent pas un besoin de soins. Elles ont tendance à moins anticiper des événements malheureux et vivre dans un immédiat consacré à régler les problèmes du moment. Ainsi, fréquemment, les demandes de CMU se font quand un besoin surgit, soit dans l'instant, soit programmé à brève échéance (une intervention ou une grossesse).

Une frange de la population éligible – jeunes, étudiants, travailleurs pauvres – débourse une partie des soins quand il s'agit d'une visite épisodique chez le médecin, à l'occasion d'une pathologie aiguë, et se satisfait de ce mode de fonctionnement. Un changement de situation peut, par contre, amener à un dépôt de demande : par exemple, une jeune femme tombe enceinte et sollicite la CMU afin de prendre en charge l'avortement. Finalement, elle décide de garder l'enfant et sa demande est d'autant plus légitime à ses yeux qu'elle prévoit des besoins pour son enfant. De même, la survenue d'un besoin spécifique au coût relativement élevé peut amener à une démarche d'ouverture de droits : projection d'une intervention chirurgicale, besoin de lunettes, nécessité d'entreprendre des explorations complémentaires après des résultats de mammographie (gratuite dans le cadre de la campagne de dépistage) évoquant un cancer.

26

La demande d'ouverture de droits, en dehors d'un besoin immédiat ou à court terme, est reliée au rapport au corps et l'investissement dont il fait l'objet. À titre d'exemple, un jeune homme d'origine africaine, sans travail depuis quelques mois suite à un lumbago aigu, explique : *« pour vous dire, la CMU, c'est vraiment bien, ça commence à faire un petit moment que je suis avec, franchement c'est magnifique. Pour les gens comme moi, en plus comme je suis en arrêt de travail, je ne peux pas reprendre, je n'ai plus de ressources, c'est vraiment bien. »* Bénéficiaire de soins gratuits grâce à la CMU complémentaire, c'est légitime pour lui parce que les soins, *« c'est cher »* et sans doute aussi parce que la santé est importante. Son corps a beaucoup de valeur à ses yeux, puisqu'il pratique un sport de compétition. Il envisage également une intervention du genou tant qu'il bénéficie de la CMU.

Ce jeune homme, bien que pouvant bénéficier du RMI, s'y refuse parce qu'il considère ne pas être dans le besoin (pour le moment, il n'a aucun revenu et dépend des solidarités familiales qui fonctionnent bien dans son cas). *« La CMU, ça me touche pas pareil. Le RMI, je ne sais pas, moi, ça me touche un peu plus, le RMI c'est vraiment pour la personne qui n'a vraiment rien de rien ; qui n'a pas le choix, vraiment. »* Ses résistances seraient donc liées au statut symbolique que

confère le RMI dans la société, statut « *d'indignité sociale* » pour reprendre les mots de Robert Castel<sup>3</sup>.

*« Dans mon cas, non seulement je n'aurais pas la force d'aller demander un RMI, déjà il y a une fierté mais aussi, je ne me sens pas dans le besoin. »*

*« C'est un peu comme une honte d'aller demander un RMI, la mairie j'irais jamais leur demander quelque chose, je préfère me débrouiller par moi-même. Je ne me prends pas pour quelqu'un... j'aurais rien à la rigueur... je connais des gens qui ont rien, je peux comprendre. Moi, je peux travailler, j'ai pas un handicap. »*

Il se situe dans une logique du besoin, le besoin de ressources financières pour assurer les besoins quotidiens ne se pose pas pour lui, grâce aux solidarités familiales, mais ne lui permet pas d'assumer les dépenses nécessaires pour recouvrir sa santé (consultations, radiologies, etc.). Au-delà d'une identité sociale péjorative liée au RMI, c'est aussi de son identité corporelle dont il est question : il se sent dans la force de l'âge et, même s'il a été bloqué plusieurs mois par un lumbago l'empêchant de travailler, il ne se perçoit pas comme invalide. Dans sa conception, le RMI s'adresserait à des personnes dans l'incapacité « physique » de travailler. Son incapacité actuelle est jugée temporaire et il ne s'inscrit pas dans ces catégories légitimantes à ses yeux.

27

L'usage de la CMU n'est pas, *dans son cas*, pensée comme une disqualification sociale. La demande déconnectée de la mairie le conforte dans le sentiment qu'il ne s'agit pas d'une assistance mais au fond d'un droit légitime, intimement lié au droit pour chacun à pouvoir se soigner. *« La santé c'est important. À la rigueur si j'avais un salaire un peu plus correct je préférerais laisser à quelqu'un d'autre qui en a vraiment besoin, et puis qui a des enfants, moi je n'ai pas d'enfant, je suis jeune, j'ai le temps. (...) Ce qui est vraiment coûteux c'est vraiment la santé, en tout cas dans mon cas. »*

Ce type de positionnement caractérise les plus éduqués et mieux informés des bénéficiaires potentiels. Elle montre également qu'il existe une hiérarchisation entre les différents dispositifs sociaux.

Faire valoir ses droits à la CMUC, c'est donc souvent anticiper un besoin de soins. La question de l'anticipation est inhérente à la question de la précarité.

3. Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Ed. Fayard, Coll. Essais, 1995.

Un homme d'origine algérienne explique qu'il n'a « *pas eu le temps* » de demander la CMU : il ne travaille pas, il est à la rue. C'est d'un autre temps dont il s'agit, non pas celui de l'homme qui travaille, trop occupé toute la journée pour réaliser ses démarches administratives, mais un temps psychique, une disponibilité. D'autres démarches prévalent, même si elles n'occupent pas concrètement tout le temps quotidien : trouver un toit, manger, exister socialement pour les sans papiers (ce n'est pas le cas de cet homme qui a un statut de réfugié). Pour ces derniers, la nécessité pour les individus de s'inscrire dans un territoire apparaît fondamental, faisant l'objet de démarches et source d'inquiétudes qui se répercutent globalement sur l'existence. Cette importance de l'obtention de papiers d'autorisation de séjour peut même expliquer la réticence de certains à faire ouvrir des droits aux soins à travers l'aide médicale d'État. Même en cas de maladie, la question des papiers d'autorisation de séjour reste centrale tant que le pronostic vital n'est pas en jeu. Pour ceux qui n'ont pas de domicile, l'absence d'inscription dans un chez soi retentit sur les autres registres de l'existence, rend accessoires toutes autres formes d'appropriation de soi et de l'existence.

Les vies morcelées de certains ont des répercussions psychiques et cognitives majorant les mécanismes d'exclusion sociale. L'absence de repères temporels et spatiaux, pour ceux qui vivent dans la rue, se ressent dans les entretiens : la vie dans la rue, les événements traumatiques qui se succèdent, une éventuelle alcoolisation ou prise d'autres drogues amènent à une incapacité à une quelconque narration chronologique, une incapacité à trouver des repères temporels, parfois une inversion des rythmes jour /nuit, une présentation de soi ne permettant pas de fréquenter des lieux de droit commun (cabinet de consultation, accueils administratifs...). Ces éléments rendent difficiles l'anticipation d'un besoin, encore plus délicate la formulation d'un besoin auprès des instances *ad-hoc*, l'adoption de comportements sociaux nécessaires à l'exercice de ces droits. Ces bénéficiaires potentiels sont vus le plus souvent dans l'urgence (médicale) et pour la plupart, ne connaissent pas la CMU. Ils sollicitent de manière préférentielle des structures caritatives telles que Médecins du monde ou les urgences des hôpitaux. Ils sont en général exclus des enquêtes statistiques car sans adresse et sans téléphone. Pour ces plus précaires, ceux qui n'ont aucune emprise sur leur existence et ne vivent que d'allocations ou d'aides diverses, une fois inclus dans le dispositif, ils modifient peu leurs comportements, oublient de renouveler leurs droits quand le terme est échu, et ne conçoivent la CMU que comme une assistance et une ressource éventuelle. Pourtant, pour quelques-uns l'obtention de la carte vitale peut avoir une signification forte, celle d'un pas vers une existence sociale, un début de citoyenneté... Dans le département du Val-de-Marne, ils sont réinsérés dans le système par le travail de proximité des missions sociales de la Sécurité sociale qui vont au devant d'eux.

Dans les populations les plus marginalisées, le corps n'est pas investi, il ne fait pas l'objet d'attentions donc encore moins d'anticipations. Les droits sont souvent ouverts dans l'urgence d'où l'intérêt de la présence de permanences de la Sécurité sociale dans les hôpitaux. Différents travaux sur la grande pauvreté montrent le désinvestissement dont le corps fait l'objet<sup>4</sup>. De manière générale, il faut ajouter que, si l'on peut relier le non-recours à la CMU à une moindre anticipation d'un besoin de soins, il faut ajouter que, pour de multiples raisons, le recours aux soins en cas de maladie est moindre ou différé dans ces tranches de population, du fait des représentations populaires relatives au corps et à la maladie, mais aussi le degré de médicalisation des populations, une moins grande capacité à interpréter les désordres du corps, une plus grande résistance à la douleur dans les classes populaires, etc.

### Le coût d'une démarche d'ouverture de droits : la relation de guichet

Les pratiques observées aux caisses illustrent bien les représentations dominantes sur la CMU complémentaire : « *une charité légale* », pour reprendre l'expression de Didier Fassin, et non un droit (à une protection sociale complémentaire).

29

Les agents d'accueil constituent un maillon important de la chaîne d'accès aux soins, notamment dans le processus d'inclusion des exclus dans le système de droit commun. Tout d'abord, ce sont eux que des usagers, exclus jusqu'alors du système, vont rencontrer pour faire valoir leurs droits ; incontournables, les agents peuvent faciliter ou entraver l'accès aux droits et sont investis de ce pouvoir. Leurs attitudes pourraient décourager les individus les plus vulnérables, aboutissant éventuellement à des non-recours : propos révélant une méfiance ou une suspicion à l'égard de l'utilisateur, exceptionnellement paroles racistes proférées plutôt hors de la présence de l'utilisateur, parfois pratiques discriminatoires (quand par exemple, on demande un papier supplémentaire à l'un, l'obligeant à revenir et pas à l'autre...).

Le passage au guichet constitue pour les étrangers (nombreux pour les demandes de CMU) mais aussi certains exclus de longue date, le premier contact avec l'administration, nécessitant un apprentissage des rôles sociaux. L'enjeu est de socialiser des individus à ce que les pouvoirs publics attendent d'eux. Vincent Dubois y voit une forme de

4. Patrick DECLERCK, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Ed. Plon, Coll. Terre Humaine, 2001.



participation politique des gens ordinaires<sup>5</sup>. L'inclusion de cette population dans le droit commun – objectif premier de la loi – suppose d'accompagner au rôle d'ayant droit. Les agents contribuent à façonner une forme de relation de l'utilisateur à l'institution qu'ils représentent, qui pourra s'actualiser auprès d'autres institutions : la Caisse d'allocations familiales par exemple, que fréquentent de nombreux bénéficiaires de la CMU, mais aussi l'institution hospitalière.

Dans le cadre de leur travail administratif, les agents accordent une place à l'utilisateur à laquelle sont associés des droits et en fonction de la catégorie dans laquelle on est assigné, une place symbolique, une identité. L'assignation de statuts sociaux dans des espaces comme les administrations est loin d'être marginale, dans une société où ceux-ci ne sont plus acquis par les mécanismes traditionnels. L'administration joue un rôle dans ce processus et les catégories assignées sont souvent réappropriées. Cependant, la nomenclature administrative peut devenir une catégorie de jugement, comme c'est le cas pour le RMI, et elle est en passe de le devenir pour la CMU.

L'ouverture de droit requiert de la part de l'utilisateur une démarche active. Il est nécessaire de fournir un certain nombre de documents administratifs, de remplir des formulaires, parfois peu compréhensibles, d'autant que les bénéficiaires de prestations sociales, telles que la CMU ou le RMI, sont parfois illettrés ou ne parlent pas la langue française, notamment dans le cas de la CMU où trois mois de résidence stable suffisent à l'ouverture de droits (sous conditions de ressources).

30

Si la relation au guichet constitue un apprentissage de la citoyenneté, dans certains cas, c'est bien plutôt un apprentissage de pratiques discriminatoires éloignant les plus fragiles de ces espaces où ils subissent diverses formes de violence. Les conditions habituelles de la relation bureaucratique créent des situations tendant à la reproduction de la position inégalitaire pour des personnes en bas de l'échelle, qui ont une faible estime d'elles-mêmes et, pour certains, des difficultés à formuler une demande. Il y a une reproduction des rapports de classes et de domination dans les routines quotidiennes du travail administratif. En effet, les conditions ordinaires de la relation de guichet sont celles d'une relation asymétrique, d'un agent administratif investi par l'institution d'un pouvoir, celui qui permet l'ouverture de droit, même s'il n'est en réalité qu'un exécutant plutôt au bas de la hiérarchie administrative. Les usagers l'investissent de ce pouvoir symbolique. L'utilisateur est en position de demandeur et, dans de nombreux cas, il connaît mal ses droits. Vincent Dubois observe dans une Caisse d'allocations familiales : « *Le guichet représente l'illustration parfaite*

5. Vincent DUBOIS, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Ed. Economica, Coll. Études politiques, 2003.

*et la plus évocatrice d'un mode de relations distancié et autoritaire : placé en position de quémendeur ou de solliciteur, l'administré est soumis au bon vouloir du fonctionnaire, sans espérer pouvoir franchir la barrière matérielle qui isole physiquement, mais aussi symboliquement celui-ci du public.<sup>6</sup> »*

Si le cadre administratif et juridique limite les pratiques différenciées quant à l'accès effectif aux droits lors d'un dépôt de dossier, la manière dont les personnes sont accueillies et traitées fait l'objet de différenciations notables en fonction des agents, de leur manière de concevoir la loi et de la légitimité qu'ils attribuent à leur demande<sup>7</sup>. Cette légitimité dépend de catégorisations profanes dont fait l'objet le demandeur. Les observations réalisées dans les bureaux d'accueil montrent aussi la nécessité d'adopter une certaine attitude aux caisses afin de favoriser les pleines conditions d'usage de ses droits.

Dans le cadre de la CMU, l'usager est pensé comme bénéficiaire d'une assistance et non d'un droit. Il doit alors apporter également les preuves qu'il est « *un bon pauvre* » et qu'il éprouve un besoin. Cela peut passer par la narration de son histoire malheureuse qui offre alors les garanties d'une bonne écoute, voire d'une facilitation.

L'apprentissage à la citoyenneté apparaît mis à mal par les pratiques courantes puisque ceux qui en ont besoin sont souvent considérés comme illégitimes et que les plus exclus entrent dans une logique d'assistance, légitime certes mais source de dépendance à l'agent, considéré comme bienfaiteur.

Les observations menées auprès des missions sociales de la CPAM, même si elles dévoilent parfois encore des attitudes dévalorisantes, montrent comment, en allant au devant, en accompagnant autour d'une relation individualisée, il est possible de réinclure des personnes en grande précarité dans le droit. La relation de confiance qui s'instaure est le garant de ce succès, encore plus quand il s'agit de l'Aide médicale d'État. Les informations nécessaires à la constitution du dossier nécessitent une relation de confiance car elles pourraient se retourner contre la personne (état des revenus notamment en lien avec un travail au noir qui fait l'objet de mensonges et de dissimulations dont les agents ne sont pas dupes). Cette position est en même temps favorisée par le système mettant les protagonistes dans une situation tout à fait inconfortable quand il s'agit d'ouvrir un accès aux soins à un individu qui n'a pas d'existence légale : le soin constitue un espace à part.

6. Jacques CHEVALLIER, *L'administration face au public*, cité par Vincent DUBOIS, *op. cit.*, p. 7.

7. Ces différences dépendent de divers facteurs, notamment leurs valeurs, leur manière de concevoir leur métier, leur formation, leur position sociale, etc.

## La désignation que l'on ne souhaite pas

La CMU complémentaire relève donc d'un principe de discrimination positive puisqu'il s'agit d'agir *en faveur* des catégories sociales défavorisées c'est-à-dire que, à l'encontre du principe d'égalité qui est de traiter tous les citoyens de la même manière, il s'agit de tenir compte des difficultés ou handicaps de certaines populations, de compenser les inégalités par des mesures spécifiques. Ce ciblage produit, de manière paradoxale, une stigmatisation de ces personnes subissant déjà par ailleurs un regard social négatif de par leur condition sociale.

Les effets plus directs sont *la désignation* d'une population, en particulier, auprès des instances où elle va se présenter, soit pour faire valoir ses droits et entrer dans le dispositif (on peut ajouter la non-confidentialité aux caisses), soit dans le cadre de l'accès aux soins ou à la prévention. Fréquemment, le processus de désignation attribue à la population des bénéficiaires de la CMU une situation de précarité voire de grande précarité (les personnes sans domicile en constituent une des figures emblématiques). C'est ce qui est observé chez certains agents d'accueil ou des professionnels de santé<sup>8</sup>. La stigmatisation des personnes relevant de la CMU s'inscrit donc dans les représentations sur la pauvreté et la misère. Alors que la population s'avère hétérogène avec des situations complexes, diversifiées, les bénéficiaires de la CMU sont souvent appréhendés, par le reste de la population ou les acteurs professionnels, du côté de l'extrême pauvreté. Cela contribue d'une part à penser pour certains qu'ils ne sont pas éligibles parce que pas assez pauvres et d'autre part, à des non-recours pour ne pas subir cette dépréciation.

De manière indirecte, cette stigmatisation est encore illustrée par le fait que des personnes qui appartiennent théoriquement à la population ciblée n'ont pas de sentiment d'appartenance à ces catégories. Une femme retraitée affirmait : « Ben j'en avais entendu parler, mais moi je croyais que c'était des gens qui étaient au SMIC, vous voyez. Des gens qui étaient vraiment dans la gêne complète. Je ne savais pas qu'on pouvait le demander tout en recevant une retraite ou quelque chose comme ça. »

Si elle confond RMI et SMIC, ses propos n'en reflètent pas moins l'idée que la CMU serait une aide *pour les plus démunis*, « les sans logis », catégories auxquelles elle ne s'apparente pas. Elle explique : « C'est-à-dire que c'est une chose qui permet aux gens démunis –

8. Caroline DESPRES, Michel NAIDITCH, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle*. Une étude par *testing* dans six villes du Val-de-Marne, Fonds CMU, mai 2006.

*beaucoup plus que moi, parce que moi, j'ai quand même un toit et je suis bien contente – de se faire soigner gratuitement.* » Les plus démunis sont assimilés alors aux sans logis.

Elle poursuit : « *La CMU, je ne m'y intéressais pas trop. Je préférerais que cela bénéficie à d'autres qui en avaient plus besoin. Mais maintenant me retrouvant seule...* » Ainsi, sa situation délicate ne lui permettant pas l'accès aux soins dont elle a besoin, l'a amenée à faire la demande ; mais on a le sentiment qu'auparavant, quand elle vivait avec son compagnon (deux payes qui n'étaient pas considérables), il était préférable de rester dans une catégorie sociale meilleure, quitte à régler le tiers payant et le ticket modérateur.

Le sentiment de stigmatisation est difficile à recueillir au travers des entretiens, chez des personnes qui ont une faible estime d'elles-mêmes et subissent, de manière souvent passive, des comportements discriminants à leur égard. Quelques-uns toutefois parviennent à en témoigner.

Une jeune femme ne travaillant plus, s'occupant de ses parents âgés et malades, explique : « *Quand on leur dit "j'ai la CMU", après on ne sait pas à quoi cela correspond cette expression de visage, quelles sont les retombées ? Pourquoi les gens n'aiment pas être confrontés à la CMU ?* » Elle relate un certain sentiment d'humiliation : « *c'est vrai que parfois cela peut être dégradant ; enfin dégradant ce n'est pas le mot, ça peut être frustrant dans le sens où on se dit "je ne fais pas partie de la masse"* ».

33

Ce stigmate fonctionne suffisamment pour que certains, si leurs besoins restent modestes (quelques consultations, quelques médicaments) et même s'ils ont du mal à énoncer les attitudes à leur égard, n'en choisissent pas moins de ne pas recourir à la CMU complémentaire, quitte à amputer leur budget plutôt que recevoir un traitement différencié de la part des médecins. S'il est difficile de vérifier si leur sentiment est avéré, en termes de traitement différencié, les refus de soins sont là pour confirmer les attitudes des professionnels, loin d'être expliquées uniquement par des logiques financières<sup>9</sup>.

C'est le prix à payer de la discrimination positive : pour permettre aux personnes de bénéficier de services ou d'une offre spécifique, il faut la désigner. Dans le cadre d'actions ciblées sur un groupe qui n'a pas d'identité propre mais une caractéristique commune (ici le niveau de revenu en dessous d'un certain plafond), il y a une sorte de reconfiguration des positions sociales, chaque individu est associé à un groupe alors qu'il ne ressent pas de sentiment d'appartenance. Ce processus est différent quand la discrimination positive vise un groupe

9. *Ibid.*

social qui a un réel sens collectif (groupe ethnique par exemple, corporation professionnelle ...). Ici, le groupe des usagers de la CMU n'est qu'une somme d'individualités dont nous avons d'ailleurs souligné la diversité et qui subit de ce fait un effet d'homogénéisation, homogénéisation associée à une condition inférieure.

Le sentiment de dignité ainsi que l'image sociale<sup>10</sup> constituent des priorités pour les populations les plus vulnérables. Les individus sont prêts à perdre en qualité de vie, voire prendre des risques pour leur vie ou leur santé, afin de préserver leur image. L'identité sociale passe en partie par le travail<sup>11</sup> et, malgré une évolution profonde de notre société, le modèle continue à être opératoire. La manière dont les personnes se situent dans la société apparaît alors à travers les entretiens comme fondamentalement liée à leur statut vis-à-vis du travail. C'est le travail qui permet de se sentir responsable de sa propre existence. Nombre de personnes appartenant à des milieux ouvriers ou artisans, en majorité issus de l'émigration, dans des situations d'emploi précaire ou avec des revenus très modestes, considèrent comme normal de prendre en charge *une partie des soins*, dès lors qu'elles ont un emploi. Le travail leur donne le statut de personnes responsables, leur permettant de garder une estime d'elles-mêmes. Cela leur semble légitime de payer le ticket modérateur tant qu'elles n'ont pas à faire face à des soins coûteux dont la charge financière semble insurmontable. Cela leur épargne également des démarches administratives qui les placent dans une position de demandeur, dans une situation de dépendance et de domination. L'expérience de l'accueil à la Sécurité sociale (notamment au guichet CMU) ou dans d'autres administrations constitue alors une épreuve que l'on va surmonter si l'enjeu est de taille (la santé des enfants par exemple).

Ces deux lois CMU et AME (Aide médicale d'État), en elles-mêmes constituent des catégories parmi les pauvres et les exclus du système de soins. On retrouve dans ces deux lois, le critère de proximité, d'inscription dans un espace au travers de la notion de domicile, même si elle est contournée, mais en dehors de cela, elles figurent une dualité dans le traitement de la santé des plus démunis. La CMU est fondée sur de nouveaux référentiels, comme c'est d'ailleurs le cas pour un certain nombre de dispositifs actuels : ciblage et discrimination positive *versus* couverture généralisée et égalitaire ; définition des prestations à partir des besoins sociaux *versus* des prestations uniformes<sup>12</sup>, le caractère soumis à conditions de ressources qui caractérisait l'aide sociale, le financement par l'impôt, le critère de résidence qui renoue avec une an-

10. Nous avons développé ces questions dans notre thèse (anthropologie sociale et ethnologie) portant sur des populations précaires au Brésil.

11. Cf. Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit..

12. Bruno PALIER, *Gouverner la Sécurité sociale*, Paris, PUF, 2002 (cité par Robert CASTEL, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Paris, Ed. Seuil, coll. « La république des idées », 2003, p. 69).

cienne tradition de l'assistance datant d'avant la Révolution, qui exigeait une domiciliation pour octroyer des secours aux indigents. Malgré ces caractéristiques similaires à celles de l'assistance, la CMU vise à étendre le droit à la protection sociale et à ce qu'il soit *effectif*. Les bénéficiaires ont accès à l'ensemble du système de soins sans que des raisons financières puissent en entraver l'accès alors que l'Aide médicale d'État constitue une assistance, une « charité d'État ». On est face à des logiques fondamentalement différentes, un fossé est départagé entre régularité et irrégularité. Pour mémoire, la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule : « Toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale [...], à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, [...] les soins médicaux. Tous ces droits sont rattachés à la personne humaine, quelle que soit sa situation sociale, économique ou professionnelle. » Mais cette distinction n'apparaît pas dans les représentations et la population visée par la CMU relève donc de l'assistance pour une majorité d'agents.

## Pour conclure

Nous avons évoqué un ensemble de causes pouvant expliquer les non-recours. Ceux-ci peuvent être distingués en fonction des catégories sociales concernées. Du côté des plus précaires, il s'agit à la fois du manque d'information participant de leur exclusion sociale mais aussi leur difficulté à fréquenter des espaces de droit commun tels que les caisses d'assurance maladie et se poser en ayants droit. Cette frange de la population a besoin d'un accompagnement pour faire valoir ses droits. Du côté des catégories plus favorisées, les obstacles au non-recours se situent plutôt du côté des représentations sur la loi ainsi que sur la stigmatisation dont les bénéficiaires font l'objet.

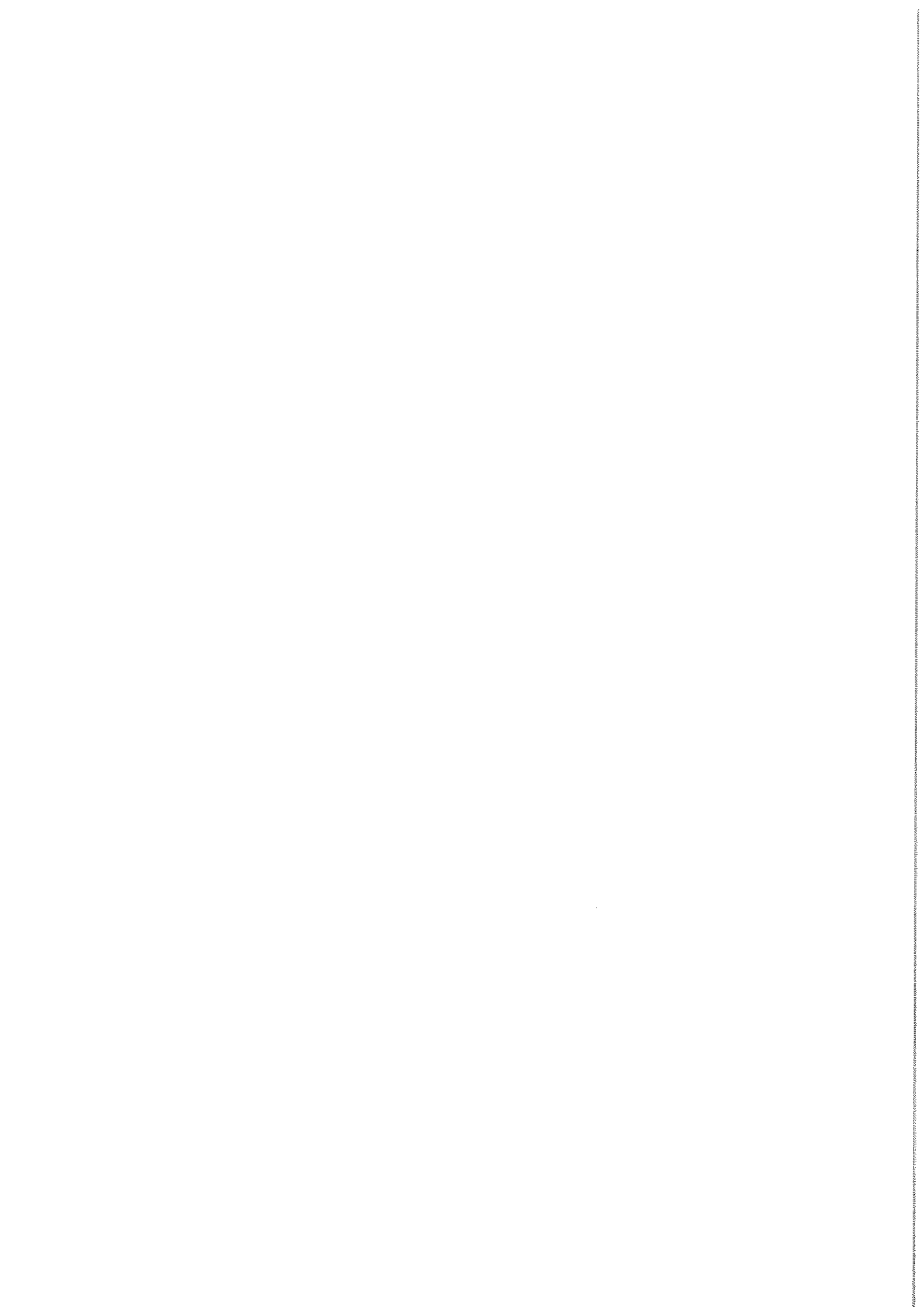
## Éléments bibliographiques

- Caroline DESPRES, « La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés », *Sciences sociales et santé*, décembre 2005.
- Caroline DESPRES, CMU : « L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet séminaire », séminaire du DIES/ Fondation de l'Avenir, *Promotion des usagers et modernisation des pratiques professionnelles en santé. Normalisations, dynamiques d'échanges et logiques professionnelles*, mai 2005.
- Caroline DESPRES, « Vivre dans la *favela* : la construction d'un rapport à l'existence et à soi peu propice à un comportement préventif. » *Actes du colloque Insalubrité, habitat indigne, taudis : quels impacts sur la santé ?* 20-21 mai 2005.

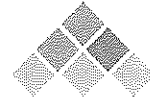
C. VASSY, « Categorisation and Microrationning : Access to Care in a French Emergency Department », *Sociology of Health and Illness*, 23, 5, 615-632, 2001.

Jean-Marc WELLER, *L'État au guichet*, Paris, Desclée de Brower, 1999.

Jean-Marc WELLER, « Les compétences de l'agent de bureau dépendent aussi de son guichet », *Éducation permanente*, n° 140, 1999.







## CES ÉTRANGERS QUI RENONCENT À LEURS DROITS

Alexis Spire

GISTI | « Plein droit »

2015/3 n° 106 | pages 3 à 6

ISSN 0987-3260

ISBN 9971987326008

DOI 10.3917/pld.106.0003

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2015-3-page-3.htm>

---

Distribution électronique Cairn.info pour GISTI.

© GISTI. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Ces étrangers qui renoncent à leurs droits

Alexis Spire, *Gisti*

Le non-recours désigne toutes les situations où une personne ne peut pas bénéficier d'un droit ou d'une prestation alors qu'elle serait fondée à l'obtenir. Reprenant des travaux plus anciens sur les obstacles à l'accès au droit, l'un des premiers articles en français consacré au non-recours a mis en lumière la nécessité de faire entrer cette thématique dans le débat public<sup>1</sup>, en soulignant que la responsabilité n'en incombe pas seulement aux personnes éligibles mais d'abord et surtout à celles et ceux qui conçoivent et mettent en œuvre les dispositifs d'action sociale. Trois grandes raisons ont ensuite été isolées pour expliquer le développement du non-recours : le défaut de connaissance d'un droit auquel on peut prétendre, la non-demande d'un droit ou d'une prestation dont on connaît l'existence et enfin la privation d'un droit qui a été demandé mais qui n'a pas été octroyé<sup>2</sup>. Ce triptyque a acquis à la fin des années 1990 une certaine visibilité récemment amplifiée par la création d'un Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

Au début des années 2000, la question du non-recours a dépassé le cadre strictement académique pour faire son apparition dans le débat public. Dans un contexte de montée en puissance de discours stigmatisant l'« assistanat » et la « fraude sociale », la thématique du non-recours est progressivement apparue comme un moyen d'allumer un contre-feu face aux diatribes contre les chômeurs ayant renoncé à chercher un emploi, les femmes isolées suspectées de vivre en couple ou encore des précaires accusés de cumuler minima sociaux et travail au noir. L'objectif des chercheurs impliqués dans ce champ d'études est de proposer un chiffrage de l'argent économisé par les institutions étatiques au détriment de toutes ces populations fragilisées par la crise, de façon à rendre

une légitimité sociale à toutes celles et ceux qui sont assigné-e-s aux marges, voire en dehors des politiques publiques. En donnant une dimension statistique à différents phénomènes d'autocensure, ces travaux ont permis de faire apparaître les bénéficiaires de minima sociaux non plus comme des coupables systématiques mais comme des victimes potentielles : la question du non-recours est devenue un moyen de promouvoir une mesure chiffrée de « l'envers de la fraude »<sup>3</sup>. Dans les diverses publications consacrées au non-recours, les étrangers apparaissent de façon incidente, au même titre que d'autres populations privées de prestations auxquelles elles pourraient prétendre. Ce numéro de *Plein droit* a pour ambition de revenir sur l'articulation entre non-recours et immigration pour mettre en lumière les difficultés communes aux autres usagers et les éventuels obstacles spécifiques que rencontrent les étrangers pour faire valoir leurs droits.

## Les deux formes du non-recours des étrangers

Souvent visés par les faux scoops médiatiques sur les « fraudes aux allocations » ou les « abus des assistés », les étrangers sont en réalité doublement exposés au non-recours. Dans un premier sens, ils sont concernés par le fait qu'ils appartiennent aux franges les plus fragiles du salariat, aux catégories les plus précaires et les moins susceptibles de se repérer dans les méandres de l'administration. Les mauvaises conditions de logement, les ruptures induites par la migration, la complexité des dossiers et des formulaires à remplir sont autant de facteurs qui placent les étrangers en première ligne des populations exclues de certains droits ou prestations. Pour en prendre la mesure, l'accès aux

soins constitue à la fois un indicateur significatif et un enjeu particulièrement crucial. Alors que, dans les années 1980, l'état de santé des étrangers était plutôt meilleur que celui de la population française<sup>4</sup>, avec de surcroît une espérance de vie plus longue que celle des natifs et – toutes choses égales par ailleurs – une moindre morbidité des originaires du Maghreb<sup>5</sup>, la tendance s'est retournée en l'espace de trente ans. Toutes les enquêtes réalisées depuis le début des années 2000 attestent qu'à structure démographique équivalente, les étrangers sont en moins bonne santé que les nationaux, avec des écarts importants selon les pays<sup>6</sup>. Cette dégradation tient en grande partie à la précarisation sociale et administrative des populations migrantes, mais aussi à la démultiplication des obstacles qu'elles rencontrent pour accéder aux soins. L'accès aux minima sociaux constitue un autre domaine où les migrants se retrouvent en situation particulièrement défavorable, à la fois en raison des politiques publiques et des renoncements qu'elles génèrent. Alors que de longs combats juridiques ont permis de lever toute condition de nationalité sur les prestations non contributives (allocation pour adulte handicapé, minimum vieillesse et minimum invalidité), une proportion toujours plus grande d'étrangers est empêchée d'y accéder en raison de la condition d'une résidence stable, ancienne et régulière en France<sup>7</sup>: dans ce domaine, la précarisation du séjour des étrangers et les pratiques toujours plus restrictives des caisses de Sécurité sociale font progresser le non-recours.

La deuxième forme de non-recours qui touche les étrangers renvoie à toutes les difficultés qu'ils rencontrent pour faire valoir des droits spécifiques à leur condition de non national: dépôt d'une demande d'asile, accès en centre d'accueil des demandeurs d'asile (Cada), demande de titre de séjour, demande d'autorisation de travail, demande d'aide médicale d'État, accès à la naturalisation, etc. Dans tous les services d'immigration concernés, l'ampleur du pouvoir discrétionnaire octroyé aux agents chargés d'appliquer les règlements joue le rôle d'amplificateur du non-recours. Alors que de plus en plus de démarches administratives peuvent se faire en ligne, les étrangers doivent toujours autant se déplacer en préfecture chaque fois qu'ils souhaitent obtenir ou renouveler un titre de séjour. Comme pour d'autres catégories précaires, leur non-recours s'explique ici par le manque d'information, la complexité des dispositifs ou encore l'appréhension face à des procédures trop contraignantes ou trop intrusives. En matière de naturalisation par exemple, lorsqu'un étranger apprend, après deux ans de procédure, que sa demande a été ajournée à deux ans, il n'est pas rare qu'il renonce finalement à

devenir français: beaucoup ne forment aucun recours contre ce type de décision et ne déposent pas non plus de nouvelle demande<sup>8</sup>. À ces raisons classiques du non-recours, s'en ajoutent d'autres plus spécifiques aux étrangers: la barrière de la langue, les diverses formes de discrimination au guichet, le risque de perdre de l'argent en vain (en matière de visa par exemple, les demandeurs doivent payer des sommes qui peuvent varier selon les pays et les opérateurs privés qui ont la charge de constituer les dossiers<sup>9</sup>), la peur d'être repéré (en matière de régularisation ou pour l'aide médicale d'État). Parmi celles et ceux qui arrivent en France et qui pourraient déposer une demande d'asile, nombreux sont ceux qui y renoncent par crainte d'être ainsi enregistrés puis éloignés. Plus généralement, beaucoup d'étrangers qui ne sont pas en situation régulière préfèrent ne jamais se déclarer et ne déposer aucune demande à quelque guichet que ce soit, par peur d'attirer l'attention et de risquer ensuite l'éloignement du territoire. Ils sont parfois incités à faire valoir leurs droits par les associations qui les accompagnent dans leurs démarches. Mais la vitalité des réseaux associatifs dans certaines grandes villes et leur quasi-absence dans d'autres lieux induisent de grandes disparités territoriales. L'action de l'État pourrait permettre de garantir un meilleur équilibre territorial mais, jusqu'à maintenant, les efforts déployés pour favoriser l'accès aux droits concernent assez peu les étrangers.

### Un sujet d'actualité... sauf pour les étrangers

Si le non-recours a longtemps suscité une certaine indifférence de la part des pouvoirs publics, il n'en est plus ainsi depuis quelques années: la question connaît aujourd'hui un certain écho, à la fois sur le plan médiatique mais aussi et surtout dans certaines institutions chargées de l'octroi des prestations sociales. Depuis la mise en place du plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion de janvier 2013, la question du non-recours figure dans les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les organismes sociaux<sup>10</sup>. Elle a été reprise par les caisses d'allocations familiales, les conseils généraux, par les caisses primaires d'assurance maladie, les centres communaux d'action sociale: repérage des publics, diffusion de plaquettes d'informations, création de plateformes pour accroître l'accès au droit. Si la question du non-recours a été mise à l'agenda politique et intégrée comme objectif dans de nombreux guichets sociaux, ce n'est sans doute pas uniquement pour de bonnes raisons. Quand on lit la plupart des travaux sur le non-recours, on peut identifier trois niveaux de responsabilité sur lesquels intervenir<sup>11</sup>. Le premier, le plus évident et le

plus visible, est celui des bénéficiaires des prestations qui, consciemment ou inconsciemment, par méconnaissance ou par incompétence, s'abstiennent de faire valoir leurs droits. Le deuxième vise davantage les hauts fonctionnaires et autres conseillers parlementaires qui, en concevant des dispositifs trop complexes et en multipliant les démarches à accomplir, rendent l'accès aux prestations inopérant. Enfin, le troisième niveau est celui des agents subalternes qui sont chargés de mettre en œuvre les règlements et qui, par méfiance excessive ou mauvaise volonté, empêchent les bénéficiaires d'accéder à leurs droits. Or, dans la plupart des travaux d'experts tout comme dans l'esprit des réformateurs, le problème du non-recours est toujours envisagé comme un dysfonctionnement imputable aux populations précaires : méconnaissance des droits, découragement, faible confiance en soi ou encore attitude de repli. En revanche, il est beaucoup plus rare que soient mis en cause les concepteurs de ces dispositifs où les agents qui les mettent en œuvre. Cette tendance à faire des plus vulnérables les principaux responsables de leur situation d'exclusion explique aussi en partie le succès médiatique rencontré par la notion, très rarement étendue aux populations étrangères. De 2010 à 2012, des chercheurs ont recensé 259 articles qui ont porté sur l'accès au droit et le non-recours mais parmi ceux-ci, combien faisaient référence aux étrangers ? Sans doute assez peu.

Si la thématique du non-recours est rarement associée explicitement à l'immigration, elle reste également totalement absente de toutes les institutions spécifiquement chargées d'accueillir des étrangers comme les préfetures, les services des visas, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) ou encore l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Pourtant, les étrangers sont, par bien des aspects, en première ligne des populations exposées au non-recours, même si cette exposition est difficile à objectiver statistiquement. Or, l'efficacité pratique et politique des travaux sur le non-recours tient en grande partie au chiffrage des budgets concernés : 5,3 milliards d'euros de RSA non versés à ceux et celles qui y auraient droit mais n'y recourent pas et 4,7 milliards d'euros concernant les rappels de droits pour les prestations familiales et de logement<sup>12</sup>. Par comparaison, il paraît très improbable de pouvoir effectuer une quantification analogue pour les étrangers : dans le

débat public, il est par exemple constamment question du coût que représente l'aide médicale d'État, sans que personne ne sache le nombre d'étrangers qui y ont droit mais n'en bénéficient pas. Mais plus fondamentalement, la réticence des pouvoirs publics à mettre à l'agenda la question du non-recours des étrangers s'explique par des raisons plus politiques.

Dans le domaine du non-recours, l'indignation des pouvoirs publics est à géométrie variable et dépend largement du statut social des populations concernées. Parmi les victimes souvent citées, on trouve les travailleurs pauvres, les personnes âgées dépendantes, les

» Dans l'inconscient d'État, l'accès aux droits ne doit pas être immédiat. Il s'agit de mettre à l'épreuve la volonté des étrangers, leur persévérance à faire valoir leurs droits auprès des représentants de l'administration.

bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), tandis que d'autres sont moins présentes, notamment les bénéficiaires de l'assurance chômage, de l'allocation de solidarité spécifique et... les étrangers. Pour ces populations, la réticence des pouvoirs publics à mettre en œuvre de véritables dispositifs d'accès au droit s'explique par le soupçon d'illégitimité qui pèse sur elles et par la peur que les finances publiques soient submergées par leurs demandes. C'est particulièrement prégnant dans le cas de l'immigration qui, depuis quelques années, est de plus en plus perçue comme une menace pour l'équilibre des comptes sociaux<sup>13</sup>. Non seulement la légitimité de l'étranger à résider de plein droit sur le territoire n'est jamais

totalement acquise mais surtout, beaucoup d'acteurs politiques et d'agents administratifs conçoivent l'immigration à l'aune du fantasme de l'appel d'air ou du risque d'invasion. Dès lors, dans l'inconscient d'État, l'accès aux droits, et encore plus aux droits sociaux, ne doit pas être immédiat : plus que pour toute autre population, il s'agit de mettre à l'épreuve la volonté des étrangers, leur persévérance à faire valoir leurs droits auprès des représentants de l'administration.

### Volonté du législateur

Dans cette configuration, tous les étrangers ne sont pas logés à la même enseigne. La réforme de la couverture maladie universelle en juillet 1999 a, par exemple, permis d'améliorer les modalités d'ouverture de droits pour les étrangers en séjour administratif régulier et stabilisé, mais elle a aggravé l'exclusion des migrants sous titres de séjour précaires ou sans-papiers<sup>14</sup>. En matière d'accès au revenu de solidarité active, le taux de non-recours est proportionnellement

plus élevé parmi les étrangers hors Union européenne que parmi les étrangers ressortissants communautaires et, plus encore, par rapport aux Français<sup>15</sup>. Mais là encore, le non-recours tient davantage à une volonté du législateur qu'à un renoncement des intéressés : pour bénéficier du RSA, les étrangers doivent résider régulièrement en France et être titulaires, depuis au moins cinq ans, d'un titre de séjour les autorisant à travailler. À cette condition légale, il faut ajouter les interprétations qu'en font les agents de guichets qui n'hésitent pas à multiplier les demandes de preuves et d'attestations. Autant de pratiques administratives qui incitent à penser ensemble la question du non-recours et celle des discriminations comme les deux faces d'un même processus, dont la responsabilité incombe avant tout à ceux qui font les lois et à celles et ceux qui les appliquent. ♦

<sup>1</sup> Wim Van Oorschot, Antoine Math, « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et prévisions*, 43(1), p. 5-17, 1996.

<sup>2</sup> Philippe Warin, « Le non-recours aux droits. Question en expansion, catégorie en construction, possible changement de paradigme dans la construction des politiques publiques ». *SociologieS*, mis en ligne le 15 novembre 2012, <http://sociologies.revues.org/4103>

<sup>3</sup> Odenore, *L'envers de la fraude sociale : le scandale du non-recours aux droits sociaux*, La Découverte, 2012.

<sup>4</sup> André Mizrahi, Arié Mizrahi, Suzanne Wait, *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*, Credes, 1993.

<sup>5</sup> Myriam Khlaf, Catherine Sermet, Dominique Laurier, « La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992 ». *Population*, 6, p. 1155-184, 1998.

<sup>6</sup> Claudine Attias-Donfut, Philippe Tessier, « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et Société*, 46, p. 90-129, 2005.

<sup>7</sup> Antoine Math, « Minima sociaux : une nouvelle préférence nationale ? », *Plein droit*, n° 90, octobre 2011.

<sup>8</sup> David Rohi, *L'accès au droit des migrants en situation de précarité et de leurs enfants, une approche pragmatique et dynamique des discriminations légales fondées sur la nationalité*, Mission de recherche Droit et justice, 2001, p. 38.

<sup>9</sup> Sarah Belaïsch, « Délivrance de visas : un rapport accablant », *Plein droit*, n° 86, octobre 2010.

<sup>10</sup> Philippe Warin, « Pourquoi le non-recours ? ». *Revue Projet*, (346), 2015.

<sup>11</sup> Antoine Math, « Réflexions sur la notion de non-recours », Intervention au séminaire de l'ONPES, 4 décembre 2014.

<sup>12</sup> Odenore, *op. cit.*, p. 30.

<sup>13</sup> Alexis Spire, « Xénophobes au nom de l'État social », *Le Monde diplomatique*, 2013.

<sup>14</sup> Didier Maille, Adeline Toulhier, « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », *Hommes et migrations*, n° 282, 2009, p. 24-33.

<sup>15</sup> Nadia Okbani, Philippe Warin, « Le RSA : où sont les assistés », in Odenore, *L'envers de la fraude sociale : le scandale du non-recours aux droits sociaux*, La Découverte, 2012, p. 57.

## Solidarité avec la Fasti

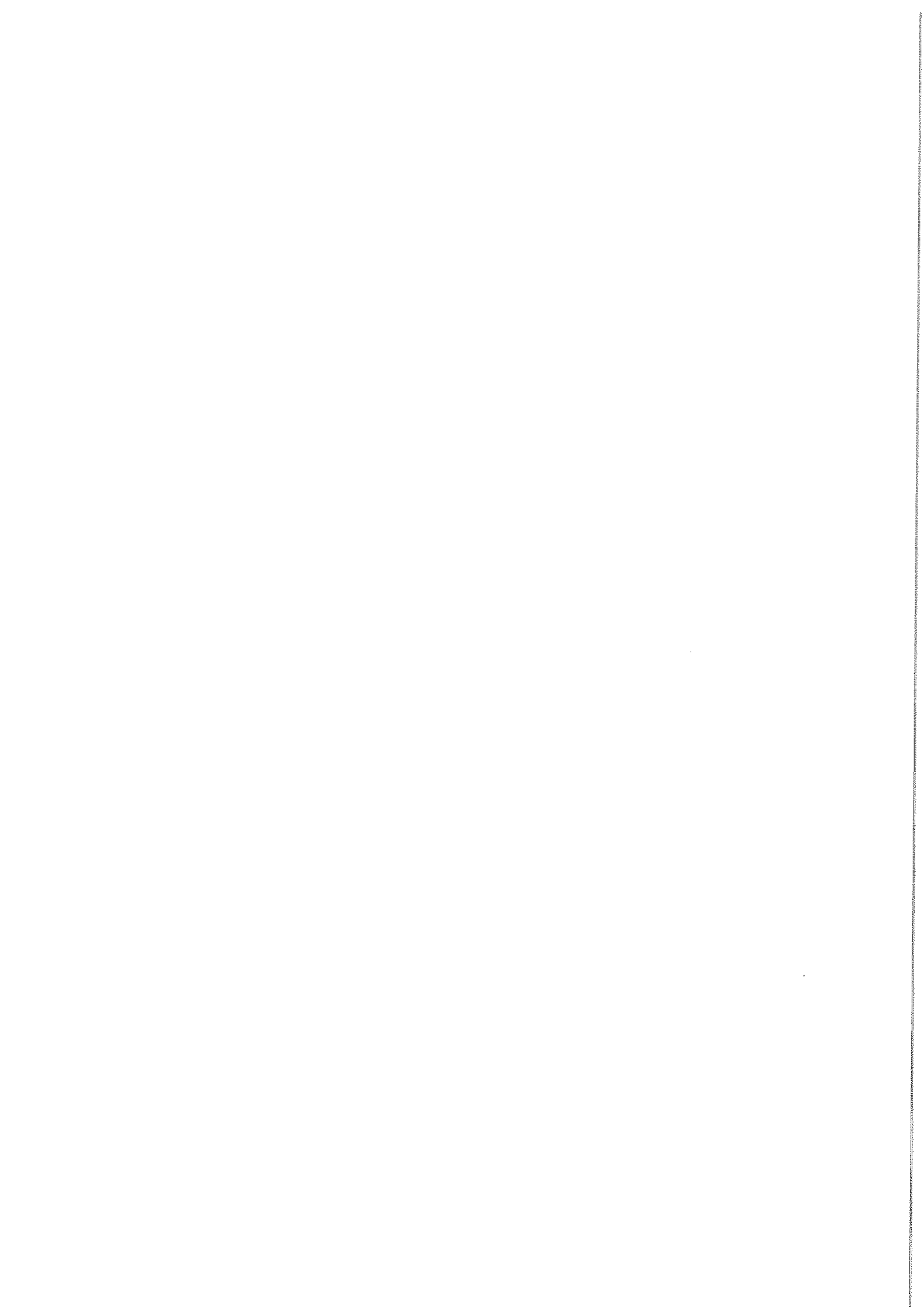
« Détruire une organisation comme la Fasti, c'est affirmer l'abandon d'une politique migratoire respectueuse des droits humains, c'est affirmer l'abandon pur et simple du principe de solidarité ». Voilà comment nombre d'intellectuel-le-s, artistes, cinéastes, militant-e-s et syndicalistes concluaient leur tribune en solidarité avec la Fasti\*. Un message entendu par la direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN) ? Le ministère de l'intérieur est finalement revenu sur sa décision et a accordé, après de longues semaines de mobilisation citoyenne, une subvention de 70 000 euros. Réduite d'un tiers par rapport à l'an passé, elle permet de poursuivre les principales actions engagées. Mais jusqu'à quand ? Au-delà de ce cas, c'est la question même du financement des associations qui se pose.

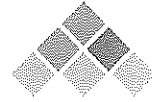
D'un côté, tout en restreignant peu à peu les financements associatifs, les pouvoirs publics imposent la mise en concurrence des associations – non rentables par essence – par des « appels à projets » qui visent, *in fine*, à les transformer en entreprises. Et, en premier lieu, celles qui se mobilisent pour construire les conditions d'une égalité réelle.

De l'autre, ces mêmes pouvoirs publics trouvent toujours de « nouvelles » ressources dès lors qu'il s'agit de renforcer la « sécurité », de « protéger » les frontières, d'expulser les migrant-e-s ou de les cantonner dans des camps.

Or, les migrant-e-s comptent parmi les personnes les plus menacées, tant dans leurs droits et libertés que dans leurs conditions matérielles d'existence. Alors au nom de quoi un État de droit prive-t-il de moyens les associations qui défendent l'égalité entre tou-te-s, luttent contre les discriminations et le racisme ?

\* Tribune parue dans *l'Humanité* le 11 septembre 2015





## L'URGENCE SOCIALE À L'ÉPREUVE DU NON-RECOURS

Julien Levy

GISTI | « Plein droit »

2015/3 n° 106 | pages 7 à 10

ISSN 0987-3260

ISBN 9971987326008

DOI 10.3917/pld.106.0007

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2015-3-page-7.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour GISTI.

© GISTI. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Alors que tout un arsenal juridique est venu, au cours de ces dernières années, encadrer le champ de l'urgence sociale, le nombre de personnes sans abri ou sans domicile, parmi lesquelles une forte proportion d'étrangers, ne décroît pas. L'analyse par le non-recours montre que l'affirmation politique et la reconnaissance juridique d'un droit se heurtent aux conditions concrètes de sa mise en œuvre.

# L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours

**Julien Lévy**, sociologue, doctorant université Grenoble Alpes, UMR PACTE, Sciences Po Grenoble, membre de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et de l'association le Relais Ozanam

Un certain nombre de personnes sans abri, de manière subie ou volontaire, ne recourent pas aux services d'hébergement ou de logement. Dans un travail de recherche en cours<sup>1</sup>, nous nous intéressons tout particulièrement aux points de vue de ceux que l'on qualifie généralement de « grands exclus » ou « grands précaires » afin de comprendre comment ils perçoivent l'offre publique d'hébergement et tenter ainsi de voir en quoi les (non-)relations qu'ils entretiennent avec les différents dispositifs qui composent le secteur de l'accueil,

de l'hébergement et de l'insertion (AHI) nous informent sur l'organisation de cette offre. En 2012, on comptait 81 000 adultes sans domicile, dont 45 000 étaient nés à l'étranger, 31 000 enfants étaient également recensés, dont 77 % accompagnaient des personnes de nationalité étrangère<sup>2</sup>.

Le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre<sup>3</sup>. Cette problématique du non-recours, si elle n'est pas nouvelle, n'émerge que depuis peu de temps comme un enjeu dans le champ de l'hébergement. Si le fait de se détourner de l'offre publique peut avoir pour conséquence d'entériner un diagnostic de marginalité par les intervenants sociaux, ces comportements nous invitent à inter-

roger tout à la fois les rationalités individuelles à l'œuvre dans ce qui peut parfois prendre la forme d'une mise à distance d'une partie de l'offre publique, mais également à observer la manière dont fonctionnent et s'articulent les dispositifs au sein d'un champ de prise en charge en pleine redéfinition. En ce sens, l'approche par le non-recours permet de rendre compte de certaines limites et contradictions qui traversent le champ de l'hébergement dans son ensemble, et de s'interroger sur la réalité de ce qui est désormais un « droit à l'hébergement ».

Alors qu'au cours des années 1990, l'urgence sociale s'était « mise en place comme un ensemble de dispositifs a-juridiques, qui entérine des modes de prise en charge dérogatoires, sous la férule étatique<sup>4</sup> », l'action retentissante des Enfants de



Don Quichotte, en 2006, marque un tournant à la suite duquel un processus de juridicisation va s'enclencher.

## Droit à l'hébergement

Différents textes viennent alors cadrer juridiquement le champ de l'urgence sociale. En tout premier lieu, citons la reconnaissance du droit au logement comme droit opposable devant la loi (Dalo)<sup>5</sup>. Dans le sillage de cette loi, d'autres évolutions juridiques notables visent à redéfinir l'urgence sociale et à remédier à la situation d'urgence chronique qui caractérise ce champ, à l'image de la saisonnalité de la prise en charge qui entraîne, chaque année, le retour à la rue au printemps des personnes hébergées à partir du mois de novembre. Tout d'abord, le Dalo ou droit à l'hébergement opposable [devant la loi]. Accessible à toute personne n'ayant pas obtenu de réponse favorable à une demande d'hébergement<sup>6</sup>, le Dalo va de pair avec une inscription, dans les textes, de la notion d'« accueil inconditionnel » et fait donc de l'accès à l'hébergement, tout du moins d'urgence, un droit accessible à tous, dont l'État est le garant. La définition et l'inscription dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) par la loi Molle<sup>7</sup> de l'inconditionnalité de l'accueil permettent d'affirmer clairement que « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ». Le texte précise aussi les prestations qui doivent être liées à cet hébergement<sup>8</sup>. Second principe introduit dans le CASF, celui de la « continuité de l'hébergement » qui va dans le sens d'une transformation du sens de la prise en charge dans les dispositifs d'urgence. Ces dispositifs deviennent alors l'interface de premier accueil

qui va permettre d'héberger autant que nécessaire la personne avant de l'orienter vers la solution la plus adaptée à sa situation et à ses besoins<sup>9</sup>. Par ce principe, la fonction de l'hébergement d'urgence, qui oscillait entre mise à l'abri et première étape pour sortir de la rue, est précisée en s'écartant d'une logique simplement humanitaire et ponctuelle.

Inconditionnalité de l'accueil, principe de continuité, opposabilité du droit à l'hébergement et au logement ont défini les contours juridiques de ce que l'on peut à juste titre considérer comme un véritable droit à l'hébergement et au logement. Si les critères de recours au Dalo demeurent restrictifs (être de nationalité française ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité), l'inconditionnalité de l'accueil en hébergement doit permettre à toute personne, y compris de nationalité étrangère, de sortir de la rue. Pourtant, le nombre de personnes sans-abri ou sans-domicile ne décroît pas<sup>10</sup>. L'analyse par le non-recours illustre en quoi l'affirmation politique et la reconnaissance juridique d'un droit à l'hébergement se heurtent aux conditions concrètes de sa mise en œuvre.

La question du déficit de places est présentée comme l'un des enjeux centraux des échanges entre acteurs de l'hébergement et pouvoirs publics, et sert à justifier de l'incapacité de l'urgence à assurer ses missions ainsi que les pratiques et usages qui dérogent au cadre légal. Le constat répété des acteurs de terrain de l'inadéquation entre l'offre et la demande d'hébergement expliquerait les difficultés rencontrées pour assurer l'accueil de tous les demandeurs.

Mais l'inadéquation nous semble aller au-delà. Nous la distinguerons ainsi en deux types : une inadéquation quantitative caractérisée par un « manque de places », et une inadéquation qualitative généralement sous-estimée. Ces deux types favorisent des situations de non-recours sensiblement différentes.

Les chiffres présentés par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) dans son *Rapport annuel du baromètre 115*<sup>11</sup> (numéro de téléphone gratuit de l'urgence sociale) pour l'année 2014 sont alarmants. Si 97 600 personnes ont appelé le 115 dans l'espoir d'obtenir une place d'hébergement, pratiquement la moitié d'entre elles ont reçu une réponse négative à chacun de leurs appels. Nous sommes ici très

» Certaines personnes n'ont même jamais tenté d'appeler le 115, présumant de son inefficience.

clairement dans une situation de non-recours par non-réception, dans laquelle la personne formule une demande pour bénéficier d'une offre à laquelle elle a droit, mais ne l'obtient fina-

lement pas. La multiplication de ce type de situations et leur répétition peuvent conduire à la lassitude, à l'épuisement ou à la colère des personnes qui tentent désespérément d'obtenir une place d'hébergement sans jamais recevoir de réponse positive, d'autant plus lorsque les demandes doivent être renouvelées quotidiennement. L'issue la plus vraisemblable est alors un renoncement qui adviendra tôt ou tard. Les personnes cherchent des solutions par elles-mêmes, qu'il s'agisse de squats, habitats de fortune, garages, caves, jardins publics, etc. Ce constat a d'importantes conséquences car cette disqualification de l'offre publique se diffuse à tel point que certaines personnes n'ont même

jamais tenté de solliciter le 115, présumant de son inefficacité. Mais si le 115 a pour mission d'orienter les personnes sans-abri vers des places d'hébergement, son rôle va au-delà, comme le signalement des situations de détresse aux équipes mobiles d'aide qui vont alors apporter nourriture ou couverture à une personne en difficulté. Il a également une fonction d'observation centrale pour mesurer et comprendre l'évolution du sans-abrisme à l'échelle du territoire. Le fait qu'un nombre impossible à déterminer de personnes ne fasse plus appel à ce service remet fortement en cause sa pertinence et la capacité des pouvoirs publics à prendre la pleine mesure de la situation.

### Non-recours cumulatif

Les personnes passent donc d'une situation de non-recours par non-réception de leur demande à une situation de non-recours par non-demande, face au constat d'incapacité de l'offre publique à répondre à leurs besoins. Pire, les conséquences de ce renoncement au 115 sont plus graves qu'il n'y paraît, car ce dernier incarne bien souvent la porte d'entrée exclusive vers une solution d'hébergement. Alors qu'une refondation du secteur hébergement-logement a été engagée en 2009 pour faciliter et fluidifier les parcours des personnes au sein des différents dispositifs existants, la logique de prise en charge a peu évolué. Elle fonctionne comme un continuum souvent qualifié de « modèle en escalier » en référence aux différentes marches que doit gravir une personne pour passer de la rue à un logement de droit commun. Dans ce schéma, le 115 est la porte d'entrée qui permet d'accéder à la première marche qu'est l'hébergement d'urgence. S'en détourner signifie bien souvent tirer un trait sur une

éventuelle prise en charge dans les autres types de dispositifs existants. Les personnes se retrouvent dans une situation de non-recours cumulatif, le non-recours à une première offre de service les conduisant à ne pouvoir bénéficier d'un ensemble d'autres possibilités.

La seule explication quantitative ne peut être suffisante pour expliquer l'inadéquation entre l'offre et la demande pouvant conduire des personnes à ne pas recourir au système de prise en charge. Il faut alors regarder le contenu de l'offre en tant que telle. De quels types de solutions parle-t-on ? Différents centres d'hébergement sont considérés par les usagers comme des lieux insalubres ou dangereux auxquels ils n'envisagent de recourir qu'en cas de situation extrême. Comment ne pas prendre en compte ce jugement qui conduit des personnes à considérer que la rue est une solution plus décente que certains lieux bénéficiant de subsides publics pour héberger des personnes sans abri ? Malgré des efforts importants réalisés dans une volonté d'« humanisation » des structures d'accueil initiée par l'État en 2009, certaines continuent de proposer des conditions décrites par les usagers comme inacceptables.

Si l'on se cantonne au champ de l'hébergement d'urgence, l'offre très hétérogène (de la chambre individuelle au dortoir collectif, en passant par la chambre d'hôtel ou les logements à partager entre différents ménages) n'est pas toujours en cohérence avec l'évolution de la typologie des ménages, ni avec les missions qui relèvent désormais de l'hébergement d'urgence. La logique de mise à l'abri tolérerait des espaces où la promiscuité pouvait sembler acceptable. Qu'en est-il lorsque les personnes doivent être hébergées durablement en accord avec le principe de continuité ? Précisons ici que, lorsque

des solutions d'hébergement sont proposées, les personnes de nationalité étrangère sont plus souvent orientées vers l'hôtel que celles nées en France. Mais il est vrai que les premières ont plus souvent accompagnées d'enfants et que les familles sont rarement laissées à la rue. Pour autant, les familles d'étrangers bénéficient rarement d'un hébergement plus stable<sup>12</sup>.

La question des conditions matérielles n'est pas le seul élément qui ressort de la parole des personnes qui se détournent des dispositifs d'hébergement. Les règles et contraintes de fonctionnement sont bien souvent pointées du doigt : horaires de sortie et d'entrée réglementés, impossibilité de recevoir de visites de membres de la famille ou d'amis, interdiction d'avoir un animal de compagnie sont autant de motifs invoqués par les personnes pour expliquer leur volonté de ne pas solliciter ce type de solution. Moins exprimée par les personnes interrogées, mais néanmoins présente, la question de la consommation d'alcool prohibée dans les structures est un problème important pour les personnes alcoolodépendantes qui craignent, en respectant les règles, de se retrouver en situation de manque. Alors que les problématiques d'addiction sont monnaie courante dans la rue, on peut être surpris par le fait qu'elles deviennent indirectement un facteur d'exclusion a priori. Idem pour la toxicomanie, l'illégalité ajoutant au poids de la normativité institutionnelle.

Autre point notable, et non des moindres, dans le fait que des personnes ne souhaitent pas solliciter une place d'hébergement, la condition d'accompagnement social qui y est liée. Vouloir trouver un moyen de ne pas dormir dehors ne signifie pas nécessairement que l'on accepte qu'un intervenant social ait son mot à dire sur des aspects

parfois très intimes de son existence (santé ou parentalité par exemple) ou sur ses projets, envies, décisions. L'entrée dans un dispositif social peut ainsi être décrite comme une perte d'autonomie, et ce, alors que la promotion de l'autonomie est bien souvent le maître mot dans ce secteur. Deux visions de l'autonomie se confrontent : une autonomie décisionnelle permettant aux personnes de décider de leur devenir et une autonomie comme mise en cohérence des comportements individuels avec les normes attendues de la société. Dans ce contexte, ne sous-estimons pas la signification du fait de dire « non », le refus pouvant être le dernier pouvoir qui reste vis-à-vis de l'offre publique.

### Affaiblissement du droit

Dans cette affirmation d'une crainte de perte d'autonomie décisionnelle, il faut comprendre le sentiment de perte de contrôle sur sa propre destinée. Ce sentiment est sans doute exacerbé par le flou qui règne concernant les droits que les personnes pourraient faire valoir (alors même qu'un droit à l'information des usagers existe depuis 2002). La question de la justiciabilité est rarement présente et claire dans la relation entre intervenant social et hébergé. Les principes de continuité et d'inconditionnalité demeurent encore dans bien des cas à l'état de principes théoriques et se confrontent à un discours sur la gestion de la pénurie de places et à des situations où les acteurs disent chercher à effectuer « les choix les plus justes » tout en tentant d'éviter une « embolie » du système. Cela vient justifier les pratiques dérogatoires vis-à-vis des textes : durées de séjours limitées, remises à la rue sans qu'une solution adaptée n'ait été proposée, tri des publics en fonction de leurs situations administratives ou de leur vulnérabilité. Le tri effectué répond d'ailleurs bien souvent au paradoxe

face auquel se retrouvent les acteurs du champ : prendre en charge les plus faibles, mais assurer une rotation suffisante dans les structures pour que l'hébergement d'urgence continue de pouvoir accueillir... en urgence.

Les personnes demandeuses d'asile non prises en charge dans les dispositifs dédiés (centre d'hébergement puis hébergement d'urgence des demandeurs d'asile – Cada et Huda), déboutées de la demande d'asile, en situation irrégulière ou ne pouvant accéder au travail ou aux minima sociaux, se retrouvent ainsi dans une catégorie à part, leurs statuts administratifs ne permettant pas de garantir une potentielle « sortie positive » (hébergement d'insertion, logement, travail) à court ou moyen terme. Une sorte de « critère d'insérabilité potentielle » vient ainsi déterminer si une personne peut ou non accéder à un dispositif d'urgence. Des quotas sont d'ailleurs mis en place sur certains territoires pour limiter le nombre de ménages en « situations administratives complexes » ou aux « droits mineurs ». La juricisation est ainsi venue se heurter aux contradictions et paradoxes qui traversent l'urgence sociale ; en atteste un défaut de justiciabilité patent. Le non-respect du droit à l'hébergement fragilise ainsi fortement la situation des personnes hébergées et concourt à échauder les potentiels demandeurs. Si la consolidation du cadre juridique semblait apporter une réponse aux difficultés d'un champ de l'hébergement d'urgence qui ne réussissait que trop peu à faire sortir les personnes de la rue, on se rend compte que l'affirmation d'un droit n'en fait pas nécessairement un support fiable. Alors que, dans un arrêt du 10 février 2012<sup>13</sup>, le Conseil d'État avait consacré le droit à l'hébergement d'urgence comme une liberté fondamentale, une première vague de référés liberté gagnés permettait de nourrir

de réels espoirs. Depuis, des échecs répétés de cette procédure ont renforcé une jurisprudence négative.

L'affirmation du droit par l'État sans que celui-ci ne soutienne sa mise en œuvre effective conduit in fine à une fragilisation du droit et du rapport entretenu par les acteurs et les usagers vis-à-vis d'un cadre qui n'en est finalement pas un. L'offre publique vient renforcer le sentiment d'incertitude et donc de vulnérabilité des personnes en situation de précarité. Ainsi, les situations de non-recours sont-elles un indicateur fort de l'effritement de la fiabilité de l'offre publique et une critique de son caractère normatif conduisant des personnes à s'en détourner. ♦

<sup>1</sup> Dans le cadre d'une thèse de doctorat (université Grenoble Alpes, UMR PACTE, Sciences Po Grenoble) sur la question du non-recours à l'hébergement et au logement des personnes qualifiées de « grands exclus », sous la direction de Philippe Warin.

<sup>2</sup> Françoise Yaouancq, Michel Duée, « Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations », *France, portrait social*, Insee, 2014.

<sup>3</sup> Philippe Warin, « Le non-recours : définition et typologies », Odenore, *Working paper* n° 1, juin 2010. <http://odenore.msh-alpes.fr>

<sup>4</sup> Stéphane Rullac, « Analyse sociojuridique de l'urgence sociale : cadre, fonctionnement et évolution », *EMPAN*, n° 84, 2011, p. 25-31.

<sup>5</sup> Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (dite Dalo).

<sup>6</sup> Hébergement dans un logement de transition, un logement-foyer ou une résidence hôtelière à vocation sociale.

<sup>7</sup> Loi de mobilisation pour le logement et contre l'exclusion du 25 mars 2009 (dite loi Molle).

<sup>8</sup> CASF art. L. 345-2-2

<sup>9</sup> CASF art. L. 345-2-3. Le principe de continuité a été créé par la loi Dalo puis précisé dans la circulaire du 19 mars 2007 avant d'être introduit dans le CASF par la loi Molle.

<sup>10</sup> Françoise Yaouancq, *et al.*, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 : des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », *Insee Première* n° 1455, juillet 2013.

<sup>11</sup> [www.fnars.org/publications-fnars/barometre-115](http://www.fnars.org/publications-fnars/barometre-115)

<sup>12</sup> Françoise Yaouancq, Michel Duée, *op. cit.*

<sup>13</sup> CE, réf., 10 février 2012, *Fofana c/ ministre des solidarités et de la cohésion sociale*, n° 356456.

