

COLLEGE COOPERATIF PROVENCE ALPES MEDITERRANEE

Centre agréé par le Ministère des Solidarités et de la Santé

Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale
Région PACA

Le contrat santé : symptôme de l'effritement de la place du travail

Présenté par : Valérie Dubois

Sous la direction de : Jean-Robert Alcaras

Session de décembre 2017

Centre associé

Institut Régional de Travail Social PACA et Corse

COLLEGE COOPERATIF PROVENCE ALPES MEDITERRANEE
Centre agréé par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale
Région PACA

Le contrat santé :
symptôme de l'effritement de la place du travail

Présenté par : Valérie Dubois

Sous la direction de : Jean Robert Alcaras

Session de décembre 2017

Centre associé

Institut Régional de Travail Social PACA et Corse

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont celles de l'auteur et ne sauraient en aucun cas engager le Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée, ni le directeur de mémoire.

Remerciements

Merci à Jean-Robert Alcaras pour ses conseils et son constant soutien, ma famille et mes amis pour leur patience et leurs encouragements, aux allocataires RSA qui ont participé à cette étude, à mes fidèles collègues, aux responsables et élus du Conseil Départemental qui m'ont accordé leur temps.

à mon père....

Sommaire

Introduction	6
I - Le RSA : Comment être solidaire avec les plus démunis dans une société fondée sur le travail ?	12
A- Exclusion et désaffiliation : une longue histoire sur fond de société de travailleurs ?	12
B- Du RMI au RSA : vers un engagement contractuel pour la réinsertion des exclus	24
II - L'objectif santé pour l'insertion des plus démunis. Retour au terrain	43
A- Contexte local de la politique d'insertion en Vaucluse	43
B- Approche méthodologique de l'enquête	54
C- Manifestation de signes de sentiment d'exclusion	64
D- Situation de santé des allocataires RSA	70
III- L'objectif santé : un compromis acceptable pour les acteurs en présence ?	79
A- Un compromis entre les trois protagonistes	79
B- La contractualisation questionnée par ses négociateurs ?	83
C- Quels intérêts pour chacun des acteurs ?	93
D- Vers une ré-interrogation de la place du travail ?	102
Conclusion	107
Bibliographie	111
Table des matières	114
Sommaire des Annexes	116

Lexique des Abréviations

A.P.R.E. Aide Personnalisé au Retour à l'Emploi
C.A.F. : Caisse des Allocations Familiales
C. A.R.S.A.T : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
C.C.A.S : Centre Communal d'Actions Sociales
C.D. : Conseil Départemental
C.E.R. : Contrat d'Engagement Réciproque
C.I. : Contrat d'Insertion
C.M.S. : Centre Médico-social
C.M.U.C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
C. N.A.V : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
C.P.A.M : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
D.A.R.E.S. : Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
E.P : Equipe Pluridisciplinaire
P.E. : Pole Emploi
P.P.A.E : Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi
P.D.I. : Plan Départemental d'Insertion
P.T.I. : Pacte Territorial d'Insertion
R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion
R.Q.T.H. : Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé
R.S.A : Revenu de Solidarité Active
S.M.I.C : Salaire Minimum de Croissance

INTRODUCTION

Depuis 40 ans, le marché de l'emploi n'a cessé de se dégrader en France provoquant de nouvelles exclusions sociales. Par conséquent, les politiques publiques s'orientent de plus vers un traitement social du chômage. L'instauration du Revenu Minimum d'Insertion en 1989 résultait ainsi du constat de la montée de la précarité face à l'augmentation massive du chômage. Il permettait de vivre avec un minimum garanti en l'absence d'un autre type de revenu. La notion d'insertion et la mise en place d'un contrat étaient des nouveautés parmi les prestations sociales existantes. Néanmoins la dimension d'insertion professionnelle pourtant prévue dans la loi était alors peu appliquée. La Cour des Comptes, dans son rapport de février 2002¹, estimait que les attendus n'avaient pas été atteints parce que les collectivités n'avaient pas joué le jeu de l'insertion sociale et professionnelle. Moins de 10% des bénéficiaires avaient alors un contrat d'insertion.

Vingt ans plus tard, le RMI était donc rénové avec le Revenu de Solidarité Active. Face à une prestation devenue impopulaire car risquant de favoriser l'oisiveté, Martin Hirsch réaffirmait la valorisation de l'emploi dans cette prestation. Par ce nouveau dispositif, il proposait des incitations à la reprise d'emploi tout en insistant sur l'obligation d'un accompagnement individualisé favorisant la reprise rapide d'un travail.

C'est en 2003 que les conseils départementaux ont donc eu la charge du volet insertion et du versement de cette allocation. Progressivement, tous les départements se sont organisés afin que chaque allocataire bénéficie d'un référent avec qui signer un contrat d'insertion aujourd'hui appelé contrat d'engagement réciproque. Ce document vise à lever au plus tôt les freins qui empêchent le bénéficiaire de retourner sur le marché de l'emploi. En mars 2014, 2,31 millions de foyers vivent du RSA². En 2016, au niveau national 54% des allocataires RSA bénéficient d'un contrat d'engagement réciproque en cours de validité¹.

Aujourd'hui, les conseils départementaux se sont organisés autour de cette nouvelle mission et accompagnent les bénéficiaires du RSA en fonction des problématiques repérées au moment du dépôt de la demande :

¹ Cours des Comptes, *L'insertion des bénéficiaires du RMI*, février 2002, p 10.

² Source site Agence Nouvelle des Solidarités Actives, *Minima sociaux et politiques d'insertion*, mars 2017.

- Si l'allocataire est suffisamment proche de la reprise d'un emploi, il sera référencé par le Pôle Emploi.
- S'il connaît d'autres freins, mais si ceux-ci n'altèrent pas le retour au travail, alors il est référencé par une association habilitée à accompagner les allocataires sur des problématiques socioprofessionnelles.
- Par contre, si l'allocataire est voué à être durablement dans le dispositif car de multiples problèmes personnels l'empêchent de se passer de l'allocation, alors il est orienté vers le service social départemental. Ainsi les personnes les plus éloignées du marché du travail signent des contrats d'engagement réciproque avec des travailleurs sociaux.

En tant qu'assistante de service social en service départemental depuis 2002, j'ai assuré cette mission de référente insertion sur Paris, Marseille et Pertuis, où j'exerce désormais depuis 10 ans. Dans ces différents lieux, la contractualisation soulevait des difficultés majeures tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires. Au fur et à mesure des années, la validation du contrat est venue conditionner le versement du minimum social. Ainsi, les signataires doivent justifier la légitimité de la poursuite du droit. Pour un public pour qui l'on ne souhaite imposer l'insertion qu'à travers la valorisation du retour vers l'emploi, l'enjeu de la contractualisation est délicat. Les travailleurs sociaux ne sont pas des spécialistes du marché du travail et perçoivent au quotidien les difficultés d'existence de ces allocataires à travers de multiples freins : absence de qualification et d'expérience professionnelle, problèmes de logement, de mode de garde, difficultés éducatives ou conjugales.... Pour ces bénéficiaires du RSA très éloignés de l'emploi, cette négociation contractuelle oscille alors entre le contrôle et l'accompagnement soumis au résultat.

Dans ces conditions complexes mais également dans un contexte de maîtrise des coûts que personne n'ignore, la mission insertion est donc logiquement très décriée par les travailleurs sociaux.

Ayant travaillé dans différents services de polyvalence dans plusieurs régions, j'ai pu constater que la mission RSA est peu valorisée par les travailleurs sociaux et souvent vécue comme une obligation de service. Au cours d'enquêtes exploratoires au sein de mon lieu de travail, j'ai pu émettre l'hypothèse que cette mission est vécue comme du contrôle social et qu'elle se heurte à notre éthique professionnelle. Le caractère d'une prestation solidaire de minimum vital doit-il être remis en question en cas d'absence ou de refus d'insertion ?

Ce tiraillement du professionnel entre l'obligation de contractualiser et la position éthique de soutenir les plus démunis est accentué par l'absence de solutions proposées par les

pouvoirs publics. L'institution délègue une forme de pouvoir au travailleur social qui doit favoriser l'insertion des personnes tout en pouvant être à l'initiative ou non d'un signalement à l'EP, équipe pluridisciplinaire (instance de contrôle qui peut sanctionner financièrement en cas de refus d'insertion). Le Plan Départemental d'Insertion de Vaucluse propose des orientations vers l'emploi, mais le public suivi par les CMS ne correspond pas aux profils recherchés par les employeurs. En effet, les allocataires RSA orientés en référencement social multiplient les freins à l'insertion.

Sur mon lieu de travail actuel, le Centre Médico-Social de Pertuis (Conseil Départemental de Vaucluse), notre service d'action sociale a réalisé un diagnostic de territoire en 2015. Il fait apparaître que 40% des contrats d'engagement réciproque signés entre le département et les allocataires ont pour objectif : la santé. Le rapport d'activité stipule "*Un tiers de notre public rencontre des problèmes de santé. La mobilisation de certains bénéficiaires, les freins qu'ils peuvent rencontrer et l'offre jugée insuffisante de travail amènent une forme d'usure chez les bénéficiaires comme chez les professionnels*"³. De surcroît, ce diagnostic a mis en lumière que bien souvent, cet objectif est reconduit de contrat en contrat tous les 6 mois. Ce chiffre a alerté l'équipe. Est-ce que les allocataires de notre secteur sont plus malades qu'ailleurs ? Est-ce un constat isolé ? Que signifie précisément cette situation ?

En Vaucluse, les signatures des contrats sont très organisées, protocolaires. Les allocataires sont convoqués par courrier, le contrat est rédigé informatiquement afin qu'il soit traité directement par le service insertion au siège du département. Ils signent dans un encart approprié, puis le reçoivent validé quelques jours plus tard. Les contrats les plus simples sont signés par la responsable du centre médico-social, les plus compliqués (cas de réintroduction dans le dispositif ou demande financière associée au contrat) sont validés par le service insertion. L'institution insiste donc sur le cadre réglementaire et symbolique de l'engagement réciproque. D'une certaine manière, le contrat d'insertion formalise le lien d'engagement entre l'allocataire et la société qui vise à faire évoluer la situation sociale et financière de l'allocataire. Le travailleur social dans cette mission-là, nommé référent, devient le fil conducteur, le garant de cette réciprocité entre l'Etat et l'individu aidé. De chaque côté apparaissent néanmoins des intérêts différents :

- D'un côté, l'Etat, représenté par le Conseil Départemental, espère que la contractualisation provoquera davantage de sorties du dispositif, ce qui contribuera à baisser le budget alloué à

³ Centre Médico-Social de Pertuis, *Rapport d'activité 2014*, Conseil Départemental de Vaucluse, p 32.

cette prestation et remplir sa mission d'équilibre et d'équité sociale. Car à plus long terme, l'objectif pour le conseil départemental est de voir diminuer l'exclusion sur son territoire et d'insérer massivement ses administrés.

- De l'autre côté, l'allocataire RSA doit mettre en place un plan d'action visant à améliorer sa situation personnelle ou familiale. Cette mise en mouvement est obligatoire pour lui car sans changement, son allocation risque d'être suspendue. Il doit au minimum se saisir du dispositif pour être maintenu dans le droit au minimum vital.

S'opèrent alors des négociations entre l'allocataire et son référent. Le référent RSA est ainsi au cœur de cette réciprocité. Il fait le lien entre la société qui organise la gestion des plus exclus et l'individu qui est en situation d'aide. Curieusement, le travailleur social vit cette mission avec assez de détachement. Cela sous-entend que ces entretiens sont tellement cadrés que cela en devient routinier pour le travailleur social d'organiser le contenu des contrats. Le référent sait à quoi il va s'attendre. L'allocataire, comme lui, a tout intérêt à signer le contrat. L'allocataire souhaite qu'au minimum son allocation soit reconduite, le professionnel de son côté souhaite que la situation évolue pour éviter d'être obligé de le signaler et de porter la responsabilité de lui couper ce minimum vital.

Au cours de mon expérience professionnelle, j'ai pu constater qu'une partie des bénéficiaires qui dépendent du dispositif depuis longtemps connaissent le cadre réglementaire aussi bien que le référent. Ils en connaissent les avantages, les droits connexes, les failles et les obligations incontournables. De là s'adaptent des discours appropriés à adresser au référent pour continuer à bénéficier de la prestation. Je m'interroge beaucoup sur les méthodes et les motivations profondes de certains allocataires pour éviter de quitter le dispositif.

Au cours de l'enquête exploratoire que j'ai entreprise au début de cette recherche, j'ai pu constater que le nombre de contrats "santé" était également important au CMS d'Apt, ou de Cavaillon. Par la suite, j'ai prospecté auprès d'anciennes collègues des Bouches du Rhône qui m'ont expliqué que depuis 5 ans, il existait un "contrat santé". J'ai pu vérifier que ce taux se retrouvait également sur les services départementaux de Toulon, Annemasse ou Brest où des amies avaient des missions d'insertion similaires. C'est ainsi que je me suis intéressée à la *problématique suivante* :

Que révèle donc la reconduction des contrats d'engagement réciproque à visée santé dans les services départementaux d'action sociale ?

Mon expérience du terrain, le diagnostic du CMS et une série d'enquêtes exploratoires m'ont permis d'émettre *l'hypothèse suivante* :

Le contrat santé représente un compromis acceptable entre l'allocataire, le travailleur social et la politique publique. Dans certaines situations, chacun a intérêt à contractualiser autour du thème de la santé.

Je tenterai de démontrer :

- que le service insertion est conscient de ces tacites reconductions mais qu'il n'a pas une offre d'insertion suffisante pour proposer des alternatives,
- que face à une offre d'insertion insuffisante, le travailleur social propose des contrats santé par défaut,
- et que l'évocation de raisons de santé relève d'une stratégie plus ou moins consciente et volontaire de l'allocataire pour exploiter une faille du système.

Pour ce faire, j'ai mené une enquête précise sur mon lieu de travail. Par commodité et accessibilité des informations, l'étude cible les contrats d'engagement réciproque à visée santé sur le CMS de Pertuis. La démonstration qui va suivre n'a pas la prétention d'avoir une portée nationale mais donnera, je l'espère, des indications départementales qui pourront permettre d'appréhender le champ de l'insertion sous un autre angle.

La démarche méthodologique s'appuie sur l'étude de 130 allocataires RSA des 430 suivis RSA assurés par le CMS dans lequel j'exerce. J'ai tenté de les connaître davantage en dressant une typologie de ce public tout en me référant au profil de leur contrat d'engagement réciproque. J'ai procédé par questionnaire auprès de leurs référents afin de comprendre les raisons d'un consensus autour de l'objectif santé.

Dans un second temps, j'ai procédé à des entretiens semi-directifs auprès de 13 allocataires, 13 référents RSA, et 7 cadres ou élus afin de comprendre le phénomène de la reconduction des contrats à visée santé. Il s'agissait de vérifier si le constat était partagé entre les 3 acteurs et si le motif "santé" permettait de faire compromis entre eux.

Finalement nous concluons sur l'idée que le contrat d'engagement réciproque à visée santé est peut-être le reflet de l'effritement de la place du travail dans notre société. Ce contrat santé montre peut-être la voie vers un nouveau type de relation au monde, où l'utilité de chacun ne passe plus uniquement par l'emploi. Je tenterais de montrer que ce type de contractualisation n'est que le fruit d'un compromis entre l'économique et le social à l'aube d'un nouveau changement sociétal.

Pour cela, je présenterai dans une première partie, le RMI-RSA qui s'est imposé aux politiques publiques afin de pallier à l'apparition de nouvelles formes d'exclusion du fait de la rareté de l'offre d'emploi et de la modernisation du travail.

Dans un second temps, je m'appuierai sur mon étude de terrain pour présenter les bénéficiaires de ce type de contrat qui ont une santé particulièrement fragile et qui sont à la limite de l'exclusion.

Enfin, en troisième partie, je m'attacherai à montrer en quoi la contractualisation du contrat d'insertion autour de l'objectif santé est un compromis acceptable pour les acteurs en présence.

I- Le RSA : Comment être solidaire avec les plus démunis dans une société fondée sur le travail ?

Le RSA doit être envisagé comme une réponse des pouvoirs publics face à l'augmentation de l'exclusion du fait de la raréfaction croissante de l'emploi. C'est pourquoi dans cette première partie, je m'attacherais à montrer que l'exclusion a toujours existé et qu'elle est depuis longtemps corrélée à la place qu'accordent les sociétés au travail. Nous verrons comment notre société moderne a répondu à ces questionnements en développant des formes de protection sociale.

Ensuite nous nous intéresserons plus précisément au RMI puis au RSA afin de comprendre le contexte d'émergence de ces solutions sociales. Nous tenterons de voir comment les autres pays développés ont répondu à ces nouvelles questions de société. Du côté français, nous verrons comment les politiques d'insertion sont apparues et quelles critiques sont adressées à ces nouvelles prestations.

Que les textes législatifs aient adossé à ce revenu minimum le mot "*insertion*" en 1988 puis qu'en 2009, ils l'aient modifié en faveur du mot "*activité*" n'est pas le fruit d'un hasard mais bien l'évolution d'une mentalité où l'exercice d'une solidarité financière doit s'accompagner de l'effort à s'insérer par le travail.

A - Exclusion et désaffiliation : une longue histoire sur fond de société de travailleurs

Nous verrons ici l'héritage de cette conception de la contrepartie à l'aide sociale et la manière dont notre pays a traité la question de l'exclusion au fil des siècles.

1 - Histoire de l'exclusion

Du mode de vie tribal aux organisations modernes, les individus formant des sociétés ont dû s'interroger sur le devenir de ceux qui ne pouvaient pas produire pour la survie du groupe. Que cela soit à l'origine d'une maladie, d'un handicap ou de la vieillesse, à chaque époque on retrouve le questionnement du traitement des individus incapables de travailler. Cette question a été étudiée par le sociologue Robert Castel⁴ qui a recherché historiquement comment cette question a été traitée en France et comment elle s'est exprimée sous l'appellation de "Question sociale".

Dès le XIV^{ème} siècle, on retrouve la distinction des "bons" et des "mauvais" pauvres, c'est à dire ceux qui sont incapables de travailler et ceux que l'on soupçonne d'être oisifs par choix.

⁴CASTEL.R , 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard

Robert Castel analyse deux types particuliers de population à problèmes : d'un côté, les miséreux qui relèvent de l'assistance et de la participation communautaire du fait de leur invalidité. De l'autre, les désaffiliés des milieux populaires qui ne s'inscrivent pas dans le travail et se caractérisent alors par l'isolement social.

D'abord, l'auteur montre que la charité chrétienne instrumentalise la pauvreté en l'inscrivant dans le registre du déterminisme divin et du rachat du péché pour ceux qui s'occupent des pauvres. Sont exclus de la prise en charge ceux qui se révolteraient contre la volonté de Dieu. Le pouvoir politique laisse à l'Eglise le soin de s'occuper des pauvres. Déjà lors de l'organisation du matricula (liste nominative des pauvres qui doivent être entretenus par l'Eglise locale) au VI^{ème} siècle, on distingue les voyageurs paresseux et les "vrais" pauvres.

Par contre, à la fin du Moyen Age, et en particulier avec la guerre de 100 ans, la peste et les famines, les interprétations des textes bibliques furent tout autre : la pauvreté n'est plus une vertu mais un péché de fainéantise. Le pauvre ne mérite que sa condamnation, il devient criminel. La société développe alors l'idée qu'il faut avoir peur du mendiant par risque de contagion sociale. On l'astreint au bannissement, aux travaux forcés d'où la modification du rôle de l'hôpital qui devient avant tout une structure d'emprisonnement et non plus d'hospitalité ou de soins.

Au X^{ème} siècle, Charlemagne fixe la part de la dîme qui doit être affectée à ce "service social". Au XII^{ème} et XIII^{ème}, apparaissent les premières institutions religieuses d'assistance et une organisation communale du repérage de la mendicité commence à apparaître au XV^{ème} siècle. On coud des signes visibles sur les vêtements des plus pauvres, on tient des registres de mendicité, on enferme les plus démunis à l'hôpital afin d'éviter des troubles à l'ordre public. Puis l'Eglise laisse de plus en plus le politique légiférer l'organisation de la prise en charge des plus pauvres en excluant les étrangers, prohibant la mendicité, punissant les simulations de l'invalidité.

A la renaissance, le développement du commerce permet de traiter l'histoire de la pauvreté non plus sous un angle religieux mais économique. La référence à Dieu laisse la place aux conceptions de production de richesses et de recherche de profit. L'offre et la demande régulent l'économie. Le capitalisme promulgue la libre compétition entre les individus et la non intervention de l'Etat et qui adapte une nouvelle vision de la pauvreté.

L'auteur explique qu'à travers les époques, le vagabond a toujours été considéré comme nuisible à l'ordre social. Il se caractérise sans appartenance communautaire et se différencie par sa mobilité. Le sociologue qualifie ce vagabondage intemporel comme un processus de

désaffiliation basé sur la précarité du rapport au travail et la fragilité du réseau de socialisation. Les méthodes de bannissement ont fluctué selon les régimes politiques entre la répression, la dissuasion, et la prévention allant de la déportation aux colonies, condamnation aux galères, l'enfermement, le marquage corporel, jusqu'à l'esclavage. La justification d'une prévention contre la criminalité a prévalu durant toutes les époques, les politiques craignant l'enrôlement collectif et la révolte des populations opprimées face à la famine et l'injustice.

Les philosophes des lumières ont permis de faire évoluer la justice sociale en France. En écrivant en 1762 *Du Contrat Social*⁵, Jean Jacques Rousseau établit qu'une organisation sociale juste basée sur un pacte, qui garantit l'égalité et la liberté entre tous les citoyens. L'intérêt particulier est nommé par le philosophe comme étant contraire à la recherche de l'intérêt général, seul objectif du contrat social. Il suppose le renoncement à tous les droits particuliers même ceux des plus forts pour obtenir l'égalité des droits.

A la suite de la révolution française, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 24/06/1793 insiste sur la responsabilité de la société à soutenir celui qui n'a pas de travail pour survivre : "*Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance au citoyen malheureux soit en lui procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler*"⁶.

L'assistance aux pauvres fait partie intégrante des principes énoncés dans la Constitution de la République : "*Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouvant dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence*"⁷.

Le principe de solidarité permet à l'Etat de se substituer aux familles dans certaines circonstances. A l'origine, la sécurité sociale a été créée à la sortie de la seconde guerre mondiale afin de pallier aux problèmes financiers de certaines familles qui ne pouvaient plus, pour des raisons de santé, compter sur les revenus du travail.

Le principe de protection sociale français est de nature assuranciel. Par l'emploi, quatre risques majeurs sont couverts par la sécurité sociale : la maladie / maternité (gérée aujourd'hui par la CPAM), la famille / le logement (organisé par la CAF), l'accident de travail, et enfin la vieillesse (les deux dernières relevant de la CARSAT depuis quelques années). Récemment, un 5ème risque vient d'être ajouté : la dépendance qui est gérée par la CNSA.

⁵ TREMBLAY J-M , *Du contrat social ou principes du droit politique* collection "Les classiques des sciences sociales", février 2002 p 13-14

⁶ *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*, 24 juin 1793, article 21

⁷ *Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*, article 11

Le projet de la sécurité sociale permet de garantir l'universalité des prestations. La solidarité s'exerce sur l'ensemble du territoire français sur le principe du droit commun et l'attribution catégorielle. Lorsqu'une personne n'a pas suffisamment cotisé à la sécurité sociale, l'Etat se substitue sous forme assistancielle : l'Aide Sociale. Actuellement, le système français comprend neuf dispositifs de minima sociaux dont le Revenu de Solidarité Active.

A travers l'histoire, il apparaît que toute organisation sociale génère plus ou moins d'exclusion. La société française a eu une longue période répressive, puis après la révolution avec l'apparition du salariat de masse, la solidarité auprès des plus pauvres a commencé à s'organiser via la sécurité sociale.

Depuis deux siècles la protection sociale est essentiellement basée sur les revenus du travail. L'emploi a pris une place prépondérante dans la vie des citoyens.

2- Le problème de l'exclusion dans une "société de travailleurs"

L'approche historique à travers ce concept nous donne un éclairage intéressant. Actuellement, nous n'avons pas du tout le même regard sur le travail que sous l'Antiquité.

En effet, à cette époque, le travail était une activité de production destinée à la satisfaction de besoin dans le cadre d'un acte de consommation. Cette activité n'était pas du tout valorisée car rapprochant trop l'homme de l'existence animale. Les grecs et les romains valorisaient davantage la fabrication artistique ou artisanale qui répondait aux désirs des citoyens. Ils possédaient une masse importante de serviteurs disposant de droits minimaux, pour satisfaire leurs besoins primaires leur permettant de se consacrer à la vie de la cité et à la culture de l'esprit....

Le christianisme est plus ambigu vis-à-vis de la valeur travail. Le Christ était un vagabond et vivait de mendicité. Mais dans la Bible, face au péché originel, l'homme est condamné au travail qui se fait dans la sueur et la souffrance.

De manière générale, le travail vient répondre à une nécessité économique afin de satisfaire des besoins vitaux. Durant le moyen Age, on vend sa force de travail à la journée, on devient mobile pour pouvoir gagner son pain, on demande du travail aux nobles même si les tâches sont indignes. Le travail devient un moyen de contrôle des peuples afin de lutter contre l'aspiration au vagabondage. Durant la grande peste noire, on oblige les miséreux vagabonds à se sédentariser en étant requis par des nobles en échange d'un salaire modique.

Les sociétés modernes qui ont largement dépassé le niveau de satisfaction des besoins vitaux, valorisent maintenant le travail, pour assurer le maintien d'un niveau de consommation déterminé. Cette approche a contaminé notre imaginaire : l'intellectuel, l'écrivain, le politicien

ont désormais un travail. C'est par ce glissement de la place du travail à travers l'histoire que la philosophe H. Arendt nous expose le paradoxe de notre condition actuelle. Dans notre société moderne le travail (périssable qui permet la survie) est devenu l'activité suprême devant l'œuvre (produit d'une l'humanité qui reste) et l'action (production de commun pour donner du sens politique à la vie humaine). Elle considère dans "Condition de l'homme moderne" que le travail isole et ne produit plus du commun car il nous donne l'illusion d'exister en consommant. Pour elle, notre société est une époque d'aliénation dans laquelle le sens du politique, de l'action a été perdu. *"L'époque moderne s'accompagne de la glorification théorique du travail et elle arrive en fait à transformer la société toute entière en une société de travailleurs. (...) C'est une société de travailleurs que l'on va délivrer des chaînes du travail, et cette société ne sait plus rien des activités plus hautes et plus enrichissantes pour lesquelles il vaudrait la peine de gagner cette liberté. (...) Ce que nous avons devant nous c'est une société de travailleurs sans travail, c'est à dire privés de la seule activité qui leur reste. On ne peut rien imaginer de pire".*⁸

Notre utilité, notre légitimité, ne passe plus que par le travail. Notre monde est peuplé de travailleurs qui sont avant tout des consommateurs. L'oisif et l'inactif y ont moins leur place. L'approche sociologique donne une lecture complémentaire à la place du travail aujourd'hui. Selon Y. Barel⁹ le travail qui est le "grand intégrateur" remplirait trois fonctions capitales pour l'homme : l'organisation sociale, le maintien de l'ordre, et la création de sens. Il devient une norme qui permet l'intégration scolaire, familiale et professionnelle. Il est le vecteur de lien social du sujet à son environnement. Ce but est accepté par tous les membres de la société. Mais que se passe-t-il si cette valeur devient moins centrale avec la pénurie d'emploi ?

D'autres auteurs estiment que le travail a une place prépondérante dans notre société. Pour E. Durkheim¹⁰, la division du travail est le fondement de la solidarité organique. Il est facteur d'intégration sociale dans la mesure où le recours aux groupes professionnels est nécessaire pour réguler les activités économiques. Plus tard, R. Castel¹¹ prolonge le concept en évoquant le bénéfice du statut de salarié. Pour lui, les individus acceptent d'être salariés, et œuvrent à la réussite de leur entreprise car en vertu du compromis fordiste, ils bénéficient en retour d'une protection sociale.

⁸ ARENDT H., 1958, *Condition de l'homme moderne*, Agora Pocketp 37-38

⁹ BAREL Y., 2006, *Le grand intégrateur*, revue Espace Social n°2, p 16-27

¹⁰ MONTOUSSE M., 2008, *18 De la division du travail social Etude sur l'organisation des sociétés supérieures Emile DURKHEIM* 100 fiches de lecture, ed. Bréal, fiche 18

¹¹ FROTIEE B., KERSCHEN N., *L'individu dans l'Œuvre de Robert Castel. Individu-travailleur et Individu-citoyen*, Sciences et actions sociales n°6 -2017, www.sas-revue.org, consulté 5/3/2017

Mais avec l'effritement de la société salariale et l'apparition du chômage de masse, le travail n'est plus considéré comme une valeur centrale pour différents auteurs. J. Rifkin¹² pense que le travail devrait disparaître à brève échéance par la révolution technologique et les nouveaux modes de gestion. Pour D. Méda¹³, le travail est une construction sociale en déclin, car au XVIIIème siècle il avait pour fonction d'accroître les richesses pour s'émanciper. Aujourd'hui le travail épanouissant ne concerne qu'une partie réduite de la population. En effet, le chômage et la précarité sont très présents. Pour A. Gorz¹⁴, il est nécessaire de passer à une société de loisirs.

Les liens entre le travail et l'homme se sont transformés par étapes au cours de l'histoire. Aujourd'hui certains sociologues s'interrogent : le travail a-t-il toujours une place aussi centrale dans l'intégration des citoyens dans la société ? Ces courants de pensées sont venus enrichir la création d'une nouvelle forme de politique : l'insertion.

3- Emergence d'une politique d'insertion dans les sociétés contemporaines

Le volet insertion est le fer de lance de la lutte contre l'exclusion. Cette nouvelle politique a émergé avec la crise de l'emploi dans les années 70. Elle reste aujourd'hui décisive pour éviter à une partie de la population de sombrer dans l'exclusion.

a- Définition

Insérer vient du latin in-sere qui signifie introduire dans. Selon l'IIDRIS (index international et dictionnaire de la réadaptation sociale et de l'intégration sociale l'insertion sociale) l'insertion, c'est "*l'action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par les échanges satisfaisants avec son environnement. C'est aussi le résultat de cette action qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et de son environnement*".

Selon E. Durkheim,¹⁵ le concept insertion se définit tel que "*un groupe ou une société sont intégrés quand les membres se sentent liés les uns aux autres par des croyances des valeurs, des objectifs communs, le sentiment de participer à un même ensemble sans cesse renforcé par des interactions régulières*".¹⁶

¹² RIFKIN J., 1997, *La fin du travail*, ed. Broché p 13-31

¹³ GRILLOT T., *Le travail : valeurs, attentes et frustrations. Un entretien avec R. Castel, D. Méda et L. Roulleau-Berger*. La Vie des idées, www.laviedesidees.fr consulté le 26/3/2013

¹⁴ DUVERGER T. , 14/8/16, *André Gorz, une vie dédiée à la liberté*, <https://reporterre.net> consulté le 28/01/2017

¹⁵ DURKHEIM E., *De la division du travail social*, Paris, PUF, 2007 p 33

L'insertion sociale revêt donc la dimension professionnelle, culturelle, mais aussi de l'habitat et de la santé.

b- Les politiques d'insertion

Cette politique est apparue dans les années 70 avec la montée du chômage. Il était souhaitable de trouver des solutions face au chômage de masse en particulier chez les jeunes, les moins qualifiés ou pour ceux qui étaient depuis longtemps dans une situation de précarité. Le rapport Schwartz¹⁶ a permis que le gouvernement de gauche en 1981 mène une politique d'insertion de plus grande envergure. D'abord centrée sur les jeunes, il a permis de créer les missions locales mais aussi d'élargir les politiques de l'emploi via les formations. De nouvelles mesures sociales ont pu voir le jour au travers du logement et de la culture. Ce rapport va permettre de proposer des réformes pour les jeunes, les chômeurs adultes et enfin de mettre en place le RMI.

R. Castel¹⁷ analyse ce changement introduit par les politiques d'insertion par rapport aux politiques antérieures d'intégration. Il qualifie une politique d'intégration comme "*la recherche de grands équilibres, l'homogénéisation de la société à partir du centre*". Il interprète que les politiques d'insertion obéissent "*à une logique de discrimination positive : elles ciblent des populations particulières de l'espace social, et déploient à leur intention des stratégies spécifiques. (...). Les politiques d'insertion peuvent être comprises comme un ensemble d'entreprises de mise à niveau pour rattraper cette distance par rapport à une intégration accomplie*".¹⁸

Face à la crise, tous les gouvernements successifs depuis 1980 ont relancé des politiques d'insertion afin de soutenir les chômeurs pour éviter une rupture complète du contrat social. L'ambition des politiques est de freiner la progression du chômage et d'atténuer ses conséquences, tant sur le plan social qu'au niveau macro-économique.

Le terme insertion est employé par le législateur depuis une trentaine d'années pour qualifier les objectifs des politiques sociales en faveur des personnes exclues. Plus récemment on parle de cohésion qui vient renforcer la notion de solidarité comme si l'intégration devait être la préoccupation de tous afin de produire une société plus homogène.

¹⁶ SCWARTZ B., *Rapport sur l'insertion professionnelle et sociale des jeunes*, Apogée, Panseurs Sociaux, 2007, 235p

¹⁷ CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard Folio-Essais, 1995 p 675-676

Une conférence sur l'insertion¹⁸ dans le département de la Meuse, animée par R. Bertaux reprend les différents courants d'auteurs à propos du concept d'insertion.

Déjà E. Durkheim¹⁹ tentait de répondre à cette question en partant du principe qu'une société ne peut se perpétuer que si les individus qui la composent adhèrent aux mêmes croyances, valeurs, et normes. C'est par l'intériorisation de ces normes et valeurs qu'ils se socialisent. *"L'apprentissage de leur rôle, l'adhésion à une conscience collective est pour Durkheim le fondement du lien social de la solidarité entre les hommes et donc de la cohésion sociale. Dans les sociétés où le travail est complexe avec des tâches spécifiques et spécialisées, il est nécessaire que les individus disposent de liens sur le plan social"*^{ibid.}. Le sociologue remarque que plus les individus sont spécialisés, plus ils sont individualistes, plus le risque d'affaiblissement d'adhésion aux valeurs et croyances collectives est important. C'est précisément ce phénomène qu'il nomme l'anomie sociale qu'il considère comme redoutable pour la survie de la cohésion sociale. E. Durkheim^{ibid.} préconise des moyens pour combattre l'anomie sociale :

- la promotion du travail : être inscrit dans une organisation positive du travail en montrant son utilité, sa reconnaissance, ses liens aux autres.

-la socialisation des enfants : afin qu'ils adhèrent aux croyances, valeurs et aux rôles choisis par les citoyens intégrés dans la société.

Dans le concept durkheimien le travail a une place centrale. Il garantit sa place dans la société.

Plus tard, P. Bourdieu²⁰, ne partage pas la même analyse de l'insertion. Pour lui, l'intégration des individus à la société n'est souvent que le signe de leur aliénation. La société est faite par des groupes inégalement répartis dans la hiérarchie sociale. Les classes supérieures sont plus dotées de capital économique (revenu, patrimoine), culturel (connaissance, diplômes) et social (relations dont on peut bénéficier) que les classes inférieures. Pour lui, ces inégalités se perpétuent de génération en génération par la domination des classes supérieures qui imposent leur loi aux classes dominées. Le

¹⁸ BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action*, conférence du 16/12/2004 www.roger-bertaux.com/data/news consulté 12 octobre 2016

¹⁹ définition de la modélisation de DURKHEIM E., *De la division du travail social*, Paris, PUF 1986 (1ère édition 1983) cité par BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action*, conférence du 16/12/2004 www.roger-bertaux.com/data/news consulté 12 octobre 2016

²⁰ définition de la modélisation de BOURDIEU P., *La misère du monde*, Paris, seuil, 1993, cité par BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action*, conférence du 16/12/2004 www.roger-bertaux.com/data/news consulté 12 octobre 2016

sociologue précise que la domination par la force des armes est faible, mais que par contre la domination par la violence symbolique (intérieurisation d'un ordre légitime et juste) est forte et durable. Alors l'insertion ne devient pour lui qu'un alibi.

Les outils et places les plus intéressantes dans le monde du travail sont détenus par les classes supérieures favorisant la pérennité du système en leur faveur.

La conférence sur l'insertion¹⁹, reprend les 2 grands courants sociologiques vis à vis du concept insertion, on retrouve :

DURKHEIM

L'intégration ou l'insertion sont des objectifs justes et nécessaires des politiques sociales pour permettre l'adhésion à des croyances et des valeurs comme expression de liberté.

Le travailleur social est un juste soutien de la société pour la construction de la cohésion sociale. **C'est une aide réelle à l'autonomie.**

BOURDIEU

L'intégration ou l'insertion sont des moyens par lesquels la domination se perpétue sous couvert d'aider et d'insérer les personnes fragilisées.

Le travailleur social est un complice (à son corps défendant) à l'ordre aliénant qu'il impose aux plus déshérités. **C'est une manière subtile d'asservir.**

La politique d'insertion est le traitement moderne, suite à un héritage démocratique et libéral de la gestion de l'exclusion. Le travail serait désigné comme antidote à la pauvreté et vecteur de cohésion sociale.

L'accompagnement social auprès des exclus varie beaucoup en fonction de l'économie du pays et des choix politiques qui en découlent.

4- La protection sociale en France : du Welfare au Workfare

Depuis plus d'un siècle, notre économie est basée sur la capacité collective à créer toujours plus de richesses marchandes et à les redistribuer. C'est le compromis fordiste : notre société fonde la politique de son contrat social sur le consentement à mutualiser une fraction croissante d'une richesse que l'on sait produire en quantité toujours plus importante. La France a organisé la solidarité sur un modèle de croissance mesuré par des richesses monétaires. Depuis 30 ans, le progrès et le développement ne suffisent plus à créer davantage de richesses. Si le taux de croissance s'altère, la capacité à redistribuer baisse également. Cette fluctuation

économique interroge la place de l'Etat Social qui mutualise des moyens pour la solidarité et la promotion de la cohésion sociale.

Le travail est la base de l'économie capitaliste. En prélevant sur les salaires pour la promotion de la protection sociale et de la gestion des risques sociaux, l'emploi permet de baisser les inégalités et la pauvreté. Dans les années soixante-dix malgré l'intervention de l'Etat, le chômage a augmenté et l'activité productive a décliné, remettant en question le compromis fordiste.

Malgré tout, notre richesse collective consacre une part de plus en plus importante à la protection sociale. Depuis 1940, les prélèvements obligatoires ont été multipliés par 3. Lorsqu'une société est en plein emploi, les dépenses publiques correspondent aux besoins. Aujourd'hui, la France s'endette notamment pour faire face à la maîtrise des inégalités et de la pauvreté alors que le niveau de vie n'a pas cessé d'augmenter. L'Etat n'est plus en capacité de susciter de la croissance, ce qui diminue les redistributions disponibles, et fragilise de ce fait la cohésion sociale. On assiste ainsi à une remise en cause généralisée du rôle et de la place de l'Etat en situation de montée du chômage. C'est la légitimité même de l'Etat qui en est ébranlée car elle ne garantit plus la stabilité économique et sociale d'antan, notamment par la remise en question de la redistribution des richesses.

Cette notion de transfert social renvoie à la redistribution du pouvoir d'achat des plus favorisés vers les moins favorisés par l'intermédiaire de minima sociaux. Dans la 2ème moitié du XXème siècle, la fonction redistributive était socialement acceptée et admise. On acceptait que l'épargne et les impôts des plus riches permettent à ce que les plus pauvres puissent consommer.

Du point de vue keynésien, cette organisation permet une augmentation des revenus transformables en biens de consommation qui suscitent la production, qui elle-même favorise l'emploi et l'augmentation des revenus. Avec la fin des 30 glorieuses, ce système s'altère et la fonction redistributive tend à s'interpréter comme une injustice sociale.

Dans les années 80, la mise en place des premiers minima sociaux est réalisée alors que la croissance ne reprend pas. L'argument montrant la redistribution des richesses comme une incitation négative au travail commence à s'entendre. Au-delà de l'effet stigmatisant du recours à l'aide sociale, le monde du travail voit là une inadaptation potentielle à l'emploi. Les employeurs remettent en cause cette redistribution de richesse puisque leurs charges financent directement la dépense publique. L'analyse de cette organisation de prélèvements obligatoires est pour eux la cause de l'augmentation du coût du travail, de la perte de performance de leur

entreprise, et de l'arrêt de l'embauche salariale. La taxation fiscale du travail impacte alors le taux de croissance. Fondamentalement, c'est la question de la justice de la contribution sociale qui est posée aujourd'hui en France. Le sacrifice consenti devant l'impôt n'est pas le même pour toutes les classes sociales. La représentation de la justice fiscale est largement modifiée aujourd'hui laissant tendre vers une nouvelle vision de la redistribution : l'impôt acquitté devrait être proportionnel au service public attendu. Cette évolution pourrait donner lieu à une organisation de la protection sociale à plusieurs vitesses et donc réinterrogerait la fonction d'égalité de l'Etat Social.

Nous avons vu plus haut que notre protection sociale était basée sur une logique assurantielle garantie par le marché de l'emploi et qui se décline de deux manières : le marché de l'assurance et l'assurance sociale. La première concerne les mutuelles auxquelles nous ne sommes pas obligés d'adhérer et le choix de l'organisme permet concurrence et liberté de l'offre dans le degré de protection (choix du rapport contribution / rétribution). La seconde gérée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie est une affiliation obligatoire où le partage le risque d'exposition est le même pour tous les cotisants (on ne choisit pas le rapport contribution / rétribution comme les calculs des indemnités journalières par exemple).

Notre protection sociale est basée sur une logique solidaire non contributive. Les bénéficiaires d'une prestation ne varient pas en fonction de nos cotisations. Il s'agit de reconnaître un droit à un filet minimal de sécurité qui serait reconnu par tous les citoyens. Deux logiques de solidarités existent en France. La solidarité commutative lorsque la collectivité rémunère un service rendu à la nation (ex les allocations familiales), et la solidarité distributive où l'on vient pallier à la précarité (ex RSA / AAH).

Face à l'augmentation du chômage et de la précarité, les pouvoirs publics ont dû activer depuis ces dernières années de nouvelles politiques sociales. Ces ajustements sont passés par différentes stratégies de la réforme du financement de la protection sociale, au renforcement des contreparties jusqu'au développement d'une nouvelle offre de service social.

Il me paraît important pour notre sujet de revenir sur la systématisation des contreparties à l'aide apportée. Dans une société où l'emploi garantit richesse et intégration de ses membres, avec la baisse de la croissance, l'état social ne peut plus se contenter d'attribuer des revenus de substitution sans réinscrire les bénéficiaires dans un processus de retour à l'emploi. L'engagement passe par l'activité et le projet dans une logique contractuelle.

On constate que tous les pays ont procédé à ce type de stratégie en politique sociale. C'est la Grande Bretagne avec le "workfare" qui a initié le mouvement de contrepartie à l'aide. Cette appellation se traduit par " le bien-être au travail" qui révèle un très lourd stigmate vis à vis

des bénéficiaires de l'aide sociale qui ne feraient pas suffisamment d'efforts pour revenir sur le marché de l'emploi. Le gouvernement de Margaret Thatcher a mis en place une diminution drastique des aides sociales en faisant en sorte que ces bénéficiaires soient dans une situation beaucoup moins confortable que ceux qui travaillent, même à temps partiel. Cette politique avait pour but de rendre l'aide sociale moins attractive afin qu'elle ne favorise plus la trappe à inactivité.

En France, les politiques se sont axées sur un système assistanciel avec une contrepartie pour permet de restaurer l'incitation au retour à l'emploi. L'esprit théorique de la politique de la contrepartie est pensé comme vecteur de lien favorisant ainsi l'inclusion. Ici, ce type de politique sociale pense l'inclus comme celui qui est rattaché au reste de la société, un ancrage très fort du collectif.

Cette nouvelle vision de la politique sociale s'accompagne de l'émergence de l'Etat stratège, celui qui s'inscrit dans l'efficience. Dans un contexte de raréfaction économique, du poids croissant de la dette, de l'accroissement des besoins sociaux et de la complexification des problématiques sociales, l'Etat a dû se réorganiser. La déconcentration des services de l'état, la décentralisation ont contribué à ce changement en se rapprochant des territoires pour être plus efficaces. Cela s'est aussi prolongé avec la logique de l'externalisation qui est venue accroître la recherche de la performance. Aujourd'hui, il faut dépenser au mieux les ressources publiques en nommant des objectifs partagés, priorisant les dépenses. Pour cela, l'Etat demande que l'intervention publique soit coordonnée sur les territoires en sollicitant des résultats vis à vis des moyens engagés. Ainsi, l'état stratège bascule vers l'évaluation et le contrôle. Il n'est donc pas anodin que les allocataires du RSA soient davantage soumis eux aussi à ces contreparties à travers des objectifs, des moyens et des engagements de leur parcours d'aidé à travers le nouveau contrat d'engagement réciproque.

A chaque époque de notre histoire, les politiques publiques ont répondu différemment à l'exclusion sous l'influence de facteurs exogènes et endogènes. Face à la représentation initiale du pauvre, du mendiant, de l'indigent, on a répondu par une politique répressive. Puis le siècle des lumières a annoncé un courant humaniste et libéral où le travail était considéré comme un droit fondamental. Mais cette utopie a été remise en cause par un contexte économique moins porteur, permettant néanmoins l'avancée de droits sociaux. Aujourd'hui nous sommes à un nouveau tournant où la société doit faire face à la crise de l'emploi. Le contexte de crise économique impacte l'idéologie de l'assistance aux plus pauvres. C'est dans ce constat économique et social que la politique d'insertion a créé il y a 30 ans le RMI, aujourd'hui nommé RSA.

B-Du RMI au RSA : vers un engagement contractuel pour la réinsertion des exclus

1- Naissance et bilan du RMI puis du RSA

L'organisation humaine implique que l'économie et le social sont liés entre eux, arbitrés par le politique. L. Polanyi reprends l'exemple du comté de Speenhamland²¹, qui 240 ans avant la création du RSA, instaure un droit à l'existence venant modifier l'économie de marché. Durant 40 ans, une aide sociale territorialisée sous forme de versement différentiel était allouée aux pauvres pour atténuer les effets de variations de prix des grains dues à la guerre avec la France. Mais cette réforme dans le temps provoque la baisse des salaires et la fuite des entreprises trop taxées. La société britannique est à l'époque très divisée par les Poores Laws et les théories de T. Malthus l'emportent en développant l'idée que plus on aide les pauvres, plus on crée de la pauvreté. C'est donc bien la lecture d'un phénomène social ou économique qui provoque un réajustement par le politique comme cela s'est historiquement joué pour l'arrivée du RMI.

a- Historique du RSA

Le Revenu Minimum d'Insertion puis le Revenu de Solidarité Active sont des dispositifs destinés à répondre de manière pragmatique à une urgence sociale liée à la montée du chômage. Les fondements ont été posés en 1934 par l'économiste J. Duboin théoricien de l'économie distributive. L'origine de l'idée est discutée en France au sein du parti socialiste en 1968 sous l'appellation de « minimum social garanti » développé par Henri Huot. Des initiatives testent le principe jusqu'à la proposition de Jean Michel Belorgey en 1988 qui impulse la loi sous le gouvernement de Michel Rocard.

Le RSA a été mis en place par la loi n°2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion. Ce dispositif est codifié dans le code de l'action sociale et des familles livre II, titre VI chap. II du Revenu de Solidarité Active. Il fait suite au RMI créé en 1988 et modifié en 2009.

Il est important de rappeler qu'au cours des 30 années du dispositif RMI-RSA, la décentralisation est venue modifier la responsabilité de cette prestation. En 2003, les départements ont eu en charge la compétence de l'insertion et du versement de l'allocation. Au regard de l'évolution de l'Etat stratège vu plus haut, on peut se demander si cette décentralisation n'est pas pour l'insertion un affaiblissement de la responsabilité nationale dans la réponse apportée à la pauvreté. Miser sur la responsabilité et la gestion de ce dispositif

²¹ POLANYI K. La grande Transformation. *Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Coll. des sciences humaines, Gallimard - 1983 p 333- 335

au niveau départemental questionne l'équité de traitement sur les territoires et pour chacun des citoyens.

b - Définition

Le RSA est une prestation sociale française gérée par les conseils départementaux, versées par les CAF ou MSA et destinée à garantir à ses bénéficiaires qu'ils aient ou non la capacité de travailler, un revenu minimum, avec en contrepartie une obligation de chercher un travail ou de définir et suivre un projet d'insertion professionnelle visant à améliorer sa situation financière.

Le RSA a été promu par l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives dirigée par Martin Hirsch, Haut Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté au sein du gouvernement Fillon en mai 2007. Les demandeurs doivent avoir plus de 25 ans, et être de nationalité française, ressortissant de l'union européenne ou avoir un titre de séjour depuis plus de 5 ans.

Les allocataires du RSA sont répartis en catégories en fonction de leur situation. **Le RSA socle et majoré** est financé par les départements. Il concerne les personnes sans aucune ressource et les personnes qui exercent une activité professionnelle dont ils perçoivent moins de 500€ sur les 3 derniers mois. Ces personnes sont assujetties aux droits et devoirs consistant en un accompagnement social et professionnel adapté à leurs besoins et organisé par un référent unique. Le contrat d'insertion ou CER vient formaliser les objectifs fixés par le bénéficiaire et son référent dans le but de s'insérer le plus rapidement possible.

Le **RSA activité** appelé depuis janvier 2016, **revenu d'activité** est financé par l'Etat. Il s'intéresse aux personnes qui disposent d'un revenu d'activité trimestriel supérieur à 500€. Ces allocataires ne sont pas soumis à un référencement et ne doivent pas fournir de contrat d'insertion.

Le **RSA jeune**, financé par l'Etat, est une prestation qui ouvre droit aux moins de 25 ans lorsqu'ils ont travaillé au moins 2 années consécutives. **La Garantie Jeune**, orchestrée également par l'Etat et mis en place par les missions locales, est une allocation versée maximum un an pour les 18-25 ans qui sont en rupture familiale. Une contrepartie est demandée par les missions locales à assister à des cours de remobilisation, remise à niveau et participer à des stages. Nous ferons le choix de ne pas parler dans ce mémoire de ces 2 prestations puisque ce sont des aides moins répandues sur notre CMS.

La nouveauté du RSA réside dans la différence soulignée entre les actifs et les inactifs. Le dispositif insiste sur la démarche active d'insertion comme période transitoire où les freins à l'emploi doivent être levés. La notion d'incapacité est remplacée par la notion d'employabilité.

Financée par une taxe sur les revenus financiers, le RSA n'aurait créé aucun déficit public supplémentaire. (35% des bénéficiaires potentiels du « RSA socle » ne le demandent pas et ce taux monte à 68 % pour le « RSA activité »). En 2017, il s'élève à 545€ par mois pour une personne seule sans l'abattement logement.

En janvier 2016, Le RSA activité a fusionné avec la prime à l'emploi donnant naissance à la prime d'activité. Les premiers constats montrent que cela a permis de faire diminuer le non recours au RSA.

Néanmoins, l'insertion est le premier poste de dépenses d'aide sociale des départements (+ 7% entre 2013 et 2014)²². L'action sociale représente depuis l'origine de la décentralisation plus de 60%²³ de la dépense totale de fonctionnement des départements. En 30 ans, elle a été multipliée par 3.5. *"Le solde de l'évolution des recettes fiscales couvrirait donc un peu moins de la moitié de cette augmentation. il resterait alors pour les départements à devoir financer chaque année plus de 600 millions d'euros supplémentaires pour assurer les dépenses d'action sociale, compte tenu de l'évolution des dépenses concernant les autres compétences"*^{ibid}.

L'insertion équivaut à plus du quart de l'ensemble. Le paiement du RSA est devenu la préoccupation principale des départements. Dans ce secteur, la participation de l'Etat n'a cessé de diminuer. C'est pourquoi les financements des actions d'insertion diminuent. Les contrats aidés, et les subventions aux structures d'insertion par l'activité économique restent les 2 crédits alloués à l'insertion. *"Concernant les missions d'accompagnement, il est à noter que la dépense d'accompagnement figurant dans les dépenses de RSA n'inclut pas celui assuré par le service départemental d'action sociale, dont c'est l'une des activités essentielles. Celui-ci a en effet pour mission d'aider les personnes rencontrant des difficultés les freinant dans leurs recherches d'emploi : problèmes de santé, problèmes de maintien ou d'accès au logement, perturbations familiales, etc..."*^{ibid}. En effet nous verrons par la suite qu'en Vaucluse les Aides Personnalisées au Retour à l'Emploi ont totalement disparues aujourd'hui.

Au cours des entretiens avec les cadre et élus, cet aspect a été largement abordé. L'élue Mme B : *" Le RSA c'est une trop grosse charge pour les départements. Certains ne peuvent plus verser les allocations. Alors on s'organise entre élus de différentes régions pour faire plier Matignon et qu'il y ait plus de soutien financier de l'Etat vers les collectivités"*.

²²CLEMENT E, ASH n°2888 du 19/12/2014 p1

²³: DARY S, LAIDEBEUR P, PADIEU C, La lettre de l'ODAS finances départementales "Les dépenses départementales d'action sociale 2014 : le doute n'est plus permis" juin 2015 p 1

c- Données Nationales

En mars 2016, près de 1,9 millions de foyers bénéficiaient du RSA socle selon les sources de la CAF soit 4,0% de la population active.²⁴ Une augmentation de 7,1% du nombre de demandeur a été enregistrée par l'INSEE entre 2013 et 2014. Dans notre pays 5 millions de personnes vivent du RSA en prenant en compte les conjoints et les enfants, 3,7 millions de personnes étant concernées par le RSA socle. 67% des allocataires RSA perçoivent du RSA socle non majoré. Il s'agit de nombreuses personnes isolées. L'évolution du nombre d'allocataire dépend largement de la situation conjoncturelle et de ses répercussions sur le marché du travail. D'après l'étude CAF et DRESS de mars 2015 *"la variation du nombre de chômeurs lorsqu'elle est significative se propage sur les effectifs du RSA socle avec un certain délai"*²⁵. Les hommes et les personnes seules sont plus fortement représentés chez ces allocataires. La répartition départementale des allocataires du RSA socle confirme le lien étroit entre minimum d'insertion et chômage. *"Sur le territoire métropolitain, le taux d'allocataires du RSA socle est supérieur à la moyenne (3.5%) dans quasiment tous les départements où le taux de chômage est supérieur à 10%. Il est notamment supérieur à 6% lorsque le taux du chômage dépasse 12%."*²⁶

d - Objectifs du changement du RMI vers le RSA

Le RSA vise à supprimer les effets de seuil qui font qu'au RMI, une personne bénéficiant d'un minima social et reprenant une activité rémunérée au SMIC ne voit pas son revenu augmenter. La compatibilité emploi et minima social est novatrice en matière de dispositif. Elle tend à atténuer les effets de stigmatisation du minima social au moment où la notion de redistribution de richesses est réinterrogée.

Le RSA est un complément de revenu pour les travailleurs pauvres et un minimum social pour ceux qui ne travaillent pas.

Ce nouveau dispositif met 3 moyens essentiels pour sa mise en œuvre, dans les textes :

- Maintien d'une partie des prestations du RSA en cas de retour à l'emploi
- Accompagnement personnalisé renforcé en vue d'un retour à l'emploi
- Développement progressif de l'Aide Personnalisée au Retour à l'Emploi (APRE) destinée à aplanir les difficultés liées à la reprise rapide d'un travail

²⁴GAZAIN S; RSA conjoncture n°9 publié par la Caisse des Allocations Familiales mars 2015 p 1

²⁵ LOUBET A; REDURON V, *Le RSA en 2014 : une augmentation qui fléchit mais reste soutenue* - Etudes et résultats DRESS / caisses des allocations familiales n° 908 mars 2015 p 1

²⁶ CAVALO M; D'ISANTO A; LOUBET A, *Minima sociaux et prestations sociales* DRESS- édition 2016 p 92

Mr C, un responsable qui exerce depuis 20 ans au service insertion du Vaucluse déclare au cours d'un entretien. " *Ce que j'ai vu du passage du RMI au RSA, c'est l'évolution du droit. Le RSA a recentré l'allocataire dans le dispositif en insistant sur ses responsabilités*".

e- mission du département

Ainsi, le département a pour mission d'organiser, financer, contrôler et d'impulser la politique d'insertion des allocataires RSA.

Tous les 5 ans, les départements élaborent un Plan Départemental d'Insertion et le pacte territorial d'Insertion tel que le prévoit la loi. Le PDI fixe les modalités d'instruction des demandes de RSA, de référencement, de contrôle du versement de l'allocation, et de coordination avec les organismes payeurs. Ce document donne les axes d'offres d'insertion et les pistes de soutien à l'emploi en fonction des évaluations des PDI précédents et des modifications économiques, démographiques et politiques.

Le Conseil Départemental conclut un pacte territorial pour l'insertion (PTI) qui associe l'ensemble des acteurs dont la coopération est indispensable pour la mise en œuvre de son programme département d'insertion (PDI). Il donne une déclinaison plus opérationnelle sur le plan local de l'organisation de l'ensemble du dispositif : choix et attendus des prestataires, mise en place des commissions de validation des contrats d'insertion, fonctionnement des Equipes Pluridisciplinaires. Ces dernières prennent sur le plan local, les décisions de réorientation des allocataires, de réduction ou de suspension du RSA faisant suite au non-respect d'une obligation liée aux droits et devoirs ou un refus de se soumettre aux contrôles. "*Ces équipes pluridisciplinaires sont composées notamment de professionnels de l'insertion sociale et professionnelle, en particulier des agents de Pôle emploi, de représentants du département et des maisons de l'emploi ou, à défaut, des personnes morales gestionnaires des plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE) et de représentants des bénéficiaires du revenu de solidarité active. Chaque département prévoit des modalités spécifiques pour inviter des bénéficiaires du RSA à siéger dans les équipes pluridisciplinaires.*"²⁷

²⁷ Ministère des Solidarités et de la santé "Comment s'organisent les politiques d'insertion à destination des allocataires du RSA", solidités-sante.gouv.fr, consultation web du 20/08/2016

f - Le référent RSA

Nous avons vu précédemment qu'historiquement le besoin d'accompagnement des publics via l'insertion a été reconnu dès que les pouvoirs publics se sont emparés des questions de précarité et d'exclusion. Le département désigne le référent pour organiser et accompagner socialement et professionnellement le bénéficiaire du RSA qui s'adapte à ses besoins. La fonction d'accompagnement des allocataires du RSA est différente des autres missions des travailleurs sociaux, car elle s'inscrit dans un cadre contraignant imposé par le contrat d'engagement réciproque (CER). Le référent a pour fonction de favoriser l'exercice des droits et devoirs de l'allocataire RSA afin qu'il acquiert une autonomie au regard de l'allocation. Pour cela, il a plusieurs outils tels que : le CER, le signalement, les aides individuelles, les actions de droit commun et de décisions départementales. Ses missions sont de contribuer à l'élaboration du projet de changement, évaluer les résultats du plan d'action, proposer les réorientations éventuelles, garantir l'exercice des droits et devoirs.

Au moment du dépôt de la demande, l'allocataire remplit un questionnaire socioprofessionnel visant à orienter son accompagnement pour signer son contrat d'insertion afin qu'il soit accompagné par le référent le plus compétent face à sa situation. Trois profils dans cette offre de service :

- *Référencement professionnel* : Il s'agit d'un accompagnement par Pôle Emploi (PE) destiné aux bénéficiaires autonomes et proches de l'emploi où le RSA n'est envisagé que temporairement. En 2017, ce type d'orientation s'est largement développé. Dans certains départements, cette orientation PE est quasiment systématique à partir du moment où le demandeur a plus de cinquante ans. Dès lors que le référencement s'effectue avec le PE, alors le Plan Personnalisé d'Accompagnement à l'Emploi, rédigé par l'agent PE après chaque rencontre avec le demandeur d'emploi, équivaut à un contrat d'insertion ou CER.
- *Référencement socio professionnel* : offre de service dispensée par des associations d'insertion financées par le Conseil Départemental visant à accélérer le processus de retour à l'emploi pour les bénéficiaires qui ont besoin d'une guidance, de formation ou de conseils réguliers.
- *Référencement social* : effectué par les travailleurs sociaux en institution (CMS, CCAS) destinés aux bénéficiaires les plus éloignés de l'emploi en raison de freins sociaux (santé, endettement, logement famille, mobilité,

qualification de base). Le référent peut être une assistante sociale, une conseillère en économie sociale et familiale, voir même une infirmière.

La DARES²⁸ a procédé à l'étude de l'accompagnement des bénéficiaires sur le territoire national. En 2011, plus de la moitié des bénéficiaires du RSA déclaraient avoir un référent unique et une très grande majorité étaient satisfaits de leur relation. 40% déclarent avoir contractualisé sur des actions d'insertion. 50% ont bénéficié d'une aide spécifique vis à vis du transport, de la santé du logement ou de garde d'enfant. 25 % disent avoir suivi une formation et 50% aimeraient en suivre une.

L'enquête^{ibid} montre la répartition des différents types de référencements :

- 29 % pour les conseils généraux
- 21% pour les CCAS
- 20% par Pôle Emploi
- 8% pour la Caf
- 5% par les associations
- 5% par cap emploi (référencement en cas de RQTH)
- 12 % autres

Ces chiffres n'ont pas été réactualisés depuis 2011. Ils sont néanmoins à nuancer en 2017 par la décision de certains départements à référencer systématiquement vers le PE. Les enveloppes budgétaires départementales visant à financer l'accompagnement socio professionnel par des prestataires extérieurs tant à se raréfier.

Néanmoins l'enquête^{ibid} montre que le choix de l'organisme de suivi apparaît plutôt bien adapté : 80% des entretiens ont lieu plus d'une fois par semestre et durent pour 70% entre 30 et 45 minutes. 75% des allocataires jugent ces entretiens utiles car ils redonneraient confiance en eux. Les allocataires interrogés jugent le contrat d'insertion comme un moyen d'être écouté (35%). *"Le contrat est souvent perçu comme une formalité administrative mais aussi comme un engagement de l'administration"*.^{ibid}

L'étude met en lumière la répartition des bénéficiaires ayant obtenu une aide spécifique depuis leur entrée au RSA selon la nature de l'aide obtenue :

²⁸ ARNOLD C., ROCHUT J., *L'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)*, DARES Analyses février 2013, n°8 p

- aide directe à la recherche d'un emploi 23%
- aide du domaine social 36% : (transport 13%, démarche administrative 11%, santé 11%, financier 10%, reprise de la confiance en soi 9%, logement 4%, garde d'enfants - de 1 %)

Très peu de personnes interrogées par la DARES ont bénéficié de l'APRE. Le manque de financement de l'accompagnement à l'insertion demeure le gros problème des allocataires et des référents.

"Face à la forte augmentation du chômage et à la faiblesse des créations d'emploi, les référents ont pu se retrouver en difficultés pour proposer des offres aux bénéficiaires du RSA".^{ibid}

g - La contractualisation

Le contrat en travail social s'est largement démocratisé durant ces vingt dernières années. F. Petit²⁹, juriste de formation, nous éclaire sur les réformes successives. Il prend l'exemple du RSA qui devient par sa contractualisation une obligation pour le partenaire institutionnel autant que pour le bénéficiaire. Le juriste définit le contrat comme *"une rencontre des volontés visant à créer des effets de droit en particulier des obligations civiles à la charge ou au bénéfice de chacune des parties"*. Ainsi dans l'absolu, l'allocataire est en droit d'exiger de l'institution un suivi cohérent, effectif et continu et de lui donner les moyens d'évoluer dans son parcours d'insertion.

Toute personne qui demande le RSA s'engage à participer aux actions ou aux activités nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle. La combinaison entre une prestation monétaire et une aide à l'insertion a pour objectif d'assurer simultanément un minimum de ressources accordée à partir de critères généraux d'attribution et une intervention sociale ajustée aux besoins de chacun des demandeurs.

Le référent contractualise avec l'allocataire généralement par informatique. Un logiciel spécifique pour le RSA (présent et propre à chaque département), relate tout le dossier administratif de la personne, l'historicité des événements (convocations, contrat, orientation, emploi, sanction, paiements) de l'instruction à la sortie du dispositif. Ainsi la rencontre contractuelle est à la fois officialisée et structurée. Des items d'objectifs et de démarches sont à sélectionner et une partie rédactionnelle constitue le document signé par l'allocataire pour un engagement de 6 à 12 mois. Les objectifs résultent d'un entretien entre l'allocataire et son

²⁹ PETIT F., *Le droit à l'accompagnement : émergence d'un concept juridique*. Informations sociales 2012/1 (n°169) CNAF p14 à 21 CNAF

réfèrent autour de l'insertion par l'emploi ou de la formation, mais aussi de l'insertion par le logement, la santé, et ou par la situation sociale globale.

Un rapport DARES³⁰ en 2013 sur les contrats d'insertions mentionne que le taux de contractualisation toutes régions confondues est de 53% que le réfèrent soit de Pôle Emploi, d'une association à vocation socioprofessionnelle ou bien travailleur social. Depuis cette date aucune autre étude n'a été réalisée sur les contenu et l'impact de ces contrats d'insertions appelés aujourd'hui CER dans la plupart des départements. Ces données sont donc à relativiser. Le taux de contractualisation doit être bien supérieur aujourd'hui (par exemple, près de 83% en Vaucluse).

L'étude met en évidence que les contrats signés sont dans la majorité orientés vers l'emploi en particulier pour les allocataires âgés de moins de 40 ans et bénéficiant du dispositif depuis moins de 3 ans. A l'inverse, l'accompagnement social occupe une place moindre dans les contrats. Il est surtout envisagé pour les femmes et les allocataires de plus de 50 ans. L'assistance dans ce cadre est toutefois appréciée d'après l'étude DARES.

L'étude relève dans l'échantillon étudié que 70% des allocataires ont entendu parler du contrat d'insertion, et savent que le refus ou le non-respect d'un contrat peut entraîner la suspension du paiement de l'allocation. Dans la grande majorité des cas, le contenu du contrat a été le résultat d'un échange entre le service instructeur et l'allocataire. Seul 23 % des ménages ont eu le sentiment que les objectifs ont été décidés pour eux. Néanmoins 40% de l'échantillon estime que la rencontre contractuelle n'est qu'une formalité administrative. Les mesures d'accompagnement social sont majoritairement proposées par les travailleurs sociaux et rarement couplées avec des objectifs emplois. *"Leur lien à l'emploi se serait progressivement distendu, le RSA devenant de fait pour eux une sorte de revenu d'existence avec l'accord tacite des acteurs de l'insertion".*^{ibid}

L'étude révèle aussi que 54% des contrats ont au moins une action avec l'emploi, 14% avec la formation, 13% avec la santé et 32 % avec l'action sociale. La recherche souligne que les contrats orientés vers le social ou la santé sont proportionnellement plus nombreux chez ceux qui ont "oublié" les objectifs de leurs contrats ou déclarent ne pas en avoir signé ou chez ceux qui indiquent que le contrat ne les a pas aidés. Plus en difficultés, ces ménages identifient sans doute moins facilement l'apport du contrat d'insertion, notamment si leur situation n'a pas évolué.

³⁰ ARNOLD C. et ROCHUT J. *L'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active*, DARES février 2013 p 4

La dernière partie de l'enquête s'intéresse à la santé. Il s'agit du premier besoin exprimé dans l'accompagnement dans le champ social. 46% des individus déclarent avoir demandé pour eux-mêmes ou pour le ménage soit une visite de prévention, un bilan de santé, un appareillage, un traitement médical, une cure ou autre chose en rapport avec un problème de santé. 86% des interrogés déclarent avoir eu satisfaction vis à vis de leurs requêtes en matière de santé ou d'aide financières. Ce dernier résultat est à nuancer puisqu'en 2013, il existait encore des aides mobilisables en dehors de l'insertion professionnelle. Depuis 4 ans, ce n'est plus le cas dans de nombreux départements.

Le RSA dans sa modernisation du RMI vise à prioriser la reprise d'emploi en insistant davantage sur l'accompagnement individuel. La signature du contrat d'insertion transformé ensuite en CER permet aux financeurs de contrôler la démarche d'évolution de la situation de chaque allocataire. La double fonction de ce contrat pose la question de l'articulation entre le traitement des situations individuelles et l'action des dynamiques socio-économiques locales.

2- Une prestation controversée

a- Un bilan plutôt positif pour le comité d'évaluation du RSA

Après 10 ans de mise en application du RSA en France, l'objectif d'insertion et le caractère conditionnel ou non du droit suivant l'engagement de la personne suscitent de nombreux débats. D'après l'enquête quantitative menée par le comité national d'évaluation du RSA, les deux tiers des foyers éligibles au RSA activité ou prime à l'emploi ne recourent pas à la prestation. Seules 150 000 personnes franchissent le seuil de pauvreté grâce à la perception de la prime à l'emploi, néanmoins il accroît sensiblement le revenu des bénéficiaires. Le nombre de bénéficiaire a largement dépassé les prévisions initiales. En particulier il sera intéressant d'observer les statistiques du nombre de nouveaux allocataires depuis janvier 2016 avec la fusion de la prime à l'emploi (anciennement versé par le Trésor Public au moment de la réception de l'avis de l'impôt sur le revenu) et le RSA activité. L'évolution du nombre d'allocataires est très sensible à la conjoncture économique et fortement corrélée à l'évolution du taux de chômage. Certains évoquent que le RSA tend à devenir le troisième cercle de l'indemnisation du chômage, voire qu'il a fabriqué une nouvelle catégorie de travailleurs pauvres en situation encore plus précaire.

Néanmoins, le rapport final de décembre 2011 du comité national du RSA³³ montre que l'effet constaté du RSA sur la pauvreté est en conformité avec ce qui été attendu. Le RSA activité puis la prime d'activité diminuerait significativement l'intensité de la pauvreté chez les bénéficiaires.

Le parcours d'insertion des allocataires semble hétéroclite sur le territoire. Tout d'abord, le rapport fait remonter que les départements identifient mal la phase d'orientation vers un référent lorsque celle-ci se fait sans entretien préalable. Néanmoins, de nombreux départements proposent un co-suivi avec le pôle emploi, ce qui permet que plus d'un tiers des allocataires du RSA socle soient inscrits comme demandeurs d'emploi.

Du point de vue des contractants, le comité d'évaluation révèle que *"le contenu du contrat et notamment le libellé insuffisamment concret des thématiques et des actions proposées ne permet pas de se l'approprier comme un engagement réciproque (...). Le fait de lister les difficultés est perçu comme un rappel négatif et éprouvant de leur situation. Ils considèrent par ailleurs que la signature du contrat n'a aucun effet sur la motivation. Les impératifs économiques, le besoin de socialisation et la restauration de l'estime de soi sont considérés comme plus décisifs dans la recherche d'emploi que la signature d'un contrat"*.³¹

Par contre, le rapport 2011 souligne que les bénéficiaires sont satisfaits de leur relation avec leur référent. Celui-ci est considéré à 75% comme étant *"utile et apportant un soutien moral, disponible, à l'écoute et disposé à offrir une aide"*. Les 2/3 pensent qu'ils peuvent les aider à trouver un emploi. On note aussi que plus l'allocataire est proche de l'emploi, plus il est satisfait de son accompagnement. Ce degré d'exigence est plus élevé pour les personnes au RSA depuis plusieurs années. Les personnes référencées par un travailleur social expriment peu leurs attentes. Ceci est analysé par le comité d'évaluation du RSA comme si les allocataires doutaient que les institutions puissent les aider à résoudre leurs problèmes de logement, santé, famille.... Ils apprécient l'écoute bienveillante et les aides sociales, mais déplorent que le contrat d'insertion soit *"axé sur leur autonomie sociale : pédagogie de la gestion du budget, maintien dans le logement..."*.^{ibid}

L'examen des situations sociales et des parcours de projection professionnelle par le comité RSA distingue 4 positionnements types orientés vers un référencement social :

- ***"les bénéficiaires sans perspective professionnelle"*** : concerne des allocataires aux problématiques sociales complexes (handicap, grande ancienneté dans le dispositif, problèmes de santé, addiction, problème de mobilité). Ils accrochent peu avec l'idée d'un parcours d'accompagnement, car ils ont peu d'espoir de voir évoluer leur situation.
- ***"les bénéficiaires en attente d'une autre allocation"*** : concerne les personnes qui sont en attente de reconnaissance de leur handicap ou de retraite. Ils se considèrent étrangers au dispositif et se montrent réticent à l'accompagnement.

³¹ BOURGUIGNON François Comité national d'évaluation du RSA Rapport final décembre 2011, 150 p

- "*les bénéficiaires en situation de refus d'accompagnement*": concerne surtout les femmes qui jugent l'accompagnement contractuel comme oppressant et inutile. Elles ont peu de qualification et aucune expérience professionnelle, car leur vie familiale (plusieurs enfants, séparation, charges des parents, pas de permis) n'est pas compatible avec une vie professionnelle.

- "*les bénéficiaires en demande potentielle d'accompagnement professionnel*" : concerne les personnes orientées par défaut, ou temporairement vers le référent social.

Pour finir, le rapport montre que certains freins à la reprise d'emploi sont difficilement levés par l'Aide Personnalisée de Retour à l'Emploi. L'aide financière est utilisée essentiellement pour des demandes de formation, mais pas pour les difficultés de logement, de santé ou de mode de garde. "*Or les services utiles à la reprise d'activité (transport en commun, garde d'enfant, coiffeur, location de véhicule) ne sont pas tous faciles d'accès car ils n'existent pas sur tous les territoires ou en tout cas sous une forme sociale et accessible aux bénéficiaires*"^{ibid}. Ce type d'offre est pourtant perçu comme essentielle pour l'insertion sociale et professionnelle.

Le jugement d'échec est surtout perceptible face au volet insertion. La moitié des bénéficiaires n'a pas signé de contrat d'insertion, tous départements confondus. La recherche de l'objectif professionnel participe à ce jugement d'échec pour les bénéficiaires ayant des problématiques sociales les qualifiant de moins employables. Les effets bénéfiques du dispositif en matière d'accès à un accompagnement au soin ou au logement par exemple sont moins valorisés. L'étude des PDI montrent que les Conseils Départementaux développent davantage des actions tournées vers l'emploi, plutôt qu'autour des difficultés sociales des bénéficiaires.

Les élus et cadres vauclusiens interrogés au cours de l'enquête reprennent l'axe sur l'emploi du prochain PDI et justifient la non préoccupation des problématiques de santé en évoquant qu'il s'agit d'une mission allouée à l'Etat. Mme M, chef de service offre d'insertion déclare : "*Jusqu'à présent, nos PDI privilégient l'insertion professionnelle. Institutionnellement la santé ne peut figurer comme objectif. C'est le paradoxe institutionnel : richesse des interventions, et pourtant on cible toujours vers le professionnel. Le social est organisé par défaut. La santé, c'est une mission d'Etat. Y'a pas trop de choix pour les référents*".

Plus récemment, la conférence³² organisée par P. Foudrière, chargé de mission de bureau des affaires européennes et internationales à la Direction Générale de la Cohésion

³²FOUDRIERE P. European Minimum Income Network et Agence nouvelle des Solidarité Actives

Sociale, illustre que la principale faiblesse du RMI résidait dans *"les mauvais résultats de l'insertion professionnelle et que la procédure du contrat d'insertion n'a pas eu toutes les vertus qu'on lui avait prêté initialement"*^{ibid}. Le RSA est venu corriger la pauvreté des travailleurs et inciter la reprise économique. Le soutien au travail est renforcé.

Lorsqu'il dresse le bilan du RSA en 2014, il reprend que le RSA-Activité a permis d'élever le niveau de vie des ménages des travailleurs pauvres, mais que le non recours à cette allocation n'aurait pas permis de faire chuter substantiellement le taux de pauvreté. Par ailleurs, il souligne qu'il n'a pas eu d'impact significatif sur le retour à l'emploi : incitations financières insuffisantes, retard dans la mise en place de l'accompagnement des bénéficiaires, contexte économique où les entreprises proposent moins d'emploi. Ce dernier aspect est aujourd'hui à nuancer. Depuis janvier 2016, la transformation du RSA activité en prime d'activité n'a pas été encore évaluée. Les premiers constats montrent une augmentation massive des demandes et nous ne savons pas encore les incidences sur l'emploi que cela produira.

La fin de la conférence montre que l'insertion professionnelle est devenue le *"prima du dispositif, alors que dans le champs de l'exclusion, il continue d'être nécessaire de prendre en compte d'autres motifs: les situations d'exclusions ne sont pas seulement une histoire d'emploi, mais aussi de logement, santé, garde d'enfants... beaucoup d'éléments y participent"*^{ibid}. (propos de C. Srugue, député à l'Assemblée Nationale).

Cette dichotomie entre le travail et le social est également analysée comme le point faible du dispositif RSA par le sociologue N. Duvoux^{ibid}. Il préconise l'accompagnement social multidimensionnel. Certains départements commencent à le mettre en place par l'accompagnement global des allocataires RSA. (Bouches du Rhône en 2014, Vaucluse en 2015).

b- Quelques équivalents du RSA à l'étranger

En Allemagne, l'équivalent du RSA s'appelle le "Hartz II"³³. En 2013 il s'élève à 508€ pour une personne seule. L'aide sociale a été créée dès 1960. L'allocation chômage est perçue au maximum durant une année. Il a une plus forte contrepartie qu'en France, et il existe depuis très peu de temps un salaire minimum allemand. Il est obligatoire d'accepter des opportunités de travail géré par l'Etat. En cas de manquement à l'insertion, une sanction

Compte rendu de la conférence *"Quelle pistes d'évolution du RSA en France ?"* du lundi 30 juin 2014

³³ PAUGAM S., *L'intégration Inégale, le travail en dehors de l'emploi, l'exemple allemand*. PUF 2014

financière de 30% du montant est défalquée de l'allocation la première fois, la seconde sanction s'élève à 60%.

En Angleterre, le pendant du RSA activité se nomme Working Tax Credit³⁴. Le montant alloué pour une personne seule s'élève à 311€ par mois en 2013. Cette prestation intègre le minimum social, les allocations logement, le complément de revenu pour travailleur pauvre, le crédit d'impôt pour enfant sous condition de ressource et la partie non contributive de l'indemnisation chômage. L'allocation est payée mensuellement selon les revenus du mois précédent mesurés par un système en temps réel d'informations (montants basés sur les déclarations d'employeurs des salaires, des cotisations et des impôts). Les bénéficiaires doivent accepter un emploi proposé sous peine de retrait de l'allocation durant 3 mois.

Aux Etats Unis, le "workfare" est différent en fonction de chaque Etat. Généralement, les individus doivent travailler pour la collectivité afin d'avoir droit à l'allocation. Dans le Wisconsin, l'allocation est réduite si un enfant ne va pas à l'école. Dans le New Jersey, elle est augmentée si les parents se marient. Bill Clinton a instauré en 1996 la "Temporary Assistance for Needy Families" qui a une durée limitée de 5 ans pour l'attribution de cette aide sociale³⁵.

Au Québec, il se nomme "bien-être social". Il s'agit d'un revenu mensuel de 604€ pour une personne célibataire en 2013. Les canadiens ont également accès à des services à coût réduit ou gratuit comme la "dentisterie".³⁶

En Suisse, l'aide sociale individuelle propose des "*programmes d'occupation et d'insertion, des semestres de motivation, des modules de préapprentissage, des emplois tests*"³⁷. Les financements des services sociaux sont calculés par bonus / malus en fonctions des résultats obtenus pour chaque canton. Une inspection sociale est nommée contre les abus à l'aide sociale.

En Belgique, le montant pour une personne sans enfant s'élève à 803€ par mois. Ce revenu d'intégration est un droit résiduaire où l'obligation alimentaire par les ascendants et descendants doit être prouvée. Le contrat d'intégration n'est obligatoire que pour les 18-25 ans.

Au Danemark, le RSA se nomme le Social Bistand. L'allocataire seul perçoit un montant de 1151€ et s'engage à accepter tout type d'emploi. Les contrôles s'effectuent une à

³⁴ Le régime Britannique de sécurité sociale, www.cleiss.fr, consulté le 25/09/2017

³⁵ RIFFLART C., L'incertitude Américaine, Alternatives Economiques, février 2013

³⁶ https://fr.wikipedia.org/aide_sociale_au_Qu%C3%A9bec consulté le 16/09/2016

³⁷ Guide à l'intention des autorités sociales. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. 2009

deux fois par mois mais le taux de chômage n'excède pas 5%, donc la durée dans le dispositif est relativement courte.³⁸

En Espagne, les revenus minimaux sont différents selon les régions, et au Portugal le "Rendimiento Mínimo Garantido" prône l'activité socialement utile en faisant participer les allocataires 15h par semaine. Une personne sans enfant à charge reçoit un montant mensuel de 95€³⁹.

c- Représentations médiatiques du RSA aujourd'hui en France

Le tour d'horizon de la presse au cours des dernières années montre un certain scepticisme vis à vis de la mise en place de cette allocation. Le journal le Monde titre en décembre 2013 "*il faut abandonner le RSA*", le Figaro en mai 2014 "*le RSA fête ses 5 ans d'existence sans convaincre*", en décembre Libération affiche "*le RSA à la peine*". Puis en mars 2015, l'Humanité révèle "*les départements n'arrivent pas à s'en sortir avec le RSA*", tandis que Les Echos titre "*diviser le nombre de minimas sociaux pour les rendre plus efficaces*".

Même à la télévision, le RSA n'a pas le vent en poupe "*Prime d'activité : le RSA ne fonctionne pas*". Dans le débat de politique publique des élections présidentielles de 2007, lors du duel Royal-Sarkozy, les deux opposants s'accordaient à dire qu'il fallait rompre avec l'assistanat du RSA. Enfin le revenu minimum universel s'est largement invité lors des dernières élections présidentielles en France.

Les journalistes semblent surtout s'attarder sur la réputation de fraudeurs chez les bénéficiaires des minima sociaux. Ils titrent : Nice Matin 24/01/2015 "*Opération anti-fraude au RSA : 7,2 millions économisés*", France soir 23/05/2011 "*RSA : la traque au fraudeur s'intensifie*", le Figaro 23/05/2014 "*RSA, aide au logement : toujours plus de fraudes détectées*".

Ces articles font souvent référence au rapport parlementaire Tian publié en 2011 qui révèle 20 milliards de fraudes sociales. Ce chiffre choc est nuancé par la Cours des Comptes qui estime un montant d'escroquerie de 10 milliards. Les entreprises, avec les fraudes aux cotisations sociales et au travail au noir, seraient davantage concernées que les particuliers. Pourtant, les allocataires RSA sont désignés comme les plus escroqueurs. Le directeur de la Caf en 2011 aurait répondu au rapport Tian que 90% des fraudes seraient détectées et récupérées.

³⁸:https://fr.wikipedia.org/Revenu_Minimum_Danemark, consulté le 21/9/2017

³⁹:https://fr.wikipedia.org/Revenu_Minimum_Portugal, consulté le 21/9/2017

Ainsi, l'opinion publique semble avoir une vision négative de cette prestation de solidarité. Consciente de ce nouveau phénomène de société, l'association ATD Quart Monde a lancé en mai 2014 une campagne pour lutter contre les préjugés. La série d'affiches a pour but de combattre les idées fausses sur la pauvreté. L'association milite contre les idées véhiculées telles que : " *On ne vit pas trop mal au RSA. Ce sont des fraudeurs. On peut gagner plus avec le RSA qu'au SMIC. Les pauvres ne veulent pas travailler*"⁴⁰.

Au cours de l'été 2016, l'émission de télé réalité proposée par M6 " *Rue des allocs*" filme durant 6 mois le quotidien de plusieurs personnes du Nord de la France qui vivent des minima sociaux. Des allocataires sont présentés comme profitant du système. La Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale a saisi le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel afin d'interdire cette émission qui " *stigmatise et cloisonne les citoyens entre eux*"⁴¹. Rappelons que ce même type d'émission a attiré plus de 5 millions de téléspectateurs en Angleterre en 2015.

d- Représentations sociales sur le RSA

Alors que cette politique sociale était accueillie très favorablement en 1981 à sa création, l'opinion publique française a fini par critiquer ses effets pervers sur la déresponsabilisation. En 2009, les français sont plutôt favorables à la mise en place du RSA car elle revalorise la dimension emploi. Un sondage effectué par le CREDOC⁴² en 2012 fait apparaître que " *64% jugent ainsi que la prise en charge par la collectivité des familles aux ressources insuffisantes leur permet de vivre*"^{ibid}. Ils considèrent à 78% comme normal de demander une contrepartie en faisant des efforts d'insertion. Pour l'opinion publique, le principal objectif du RSA est de lutter contre la pauvreté. L'effet incitatif au retour à l'emploi est moins souvent cité qu'en 2010. Il semblerait que les Français estiment plus important de répondre à l'effet de la crise que de lutter contre les risques de déresponsabilisation de l'aide. L'empathie envers les personnes défavorisées en période de crise économique montrerait une forte corrélation entre le taux de pauvreté avec le degré de compassion de l'opinion à l'égard des plus démunis. La population est se montre donc moins exigeante vis à vis de l'obligation de retour à l'emploi des allocataires car le chômage peut toucher tout le monde.

Lorsque que l'on regarde précisément les opinions des Français, le CREDOC fait apparaître que les personnes âgées sont les plus inquiètes face aux effets déresponsabilisant du

⁴⁰ ATD Quart Monde - *Lutter contre les préjugés* consulté le 17/08/2016

⁴¹ FNARS *Suspendre la diffusion de "rue des allocs* «Fédération des acteurs de la solidarité», consulté 2/12/2016

⁴² HOIBIAN S., BIGOT R., CROUTTE PRSA, *Prestations familiales et aides aux familles, état de l'opinion en 2012*, CREDOC Collection des Rapports. 2013 n°288

RSA. Leur avis serait influencé par la position sociale des personnes. Les diplômés supérieurs et les cadres verraient davantage le RSA favorablement. L'objectif de lutte contre la pauvreté est particulièrement à l'esprit chez les personnes aux revenus modestes. Toutefois, depuis 2 ans, on voit réapparaître surtout chez les non allocataires de la CAF une crainte des effets négatifs de l'aide qui inciterait les allocataires à s'en contenter.

Enfin le RSA jeunes impulsé en 2010 est accueilli favorablement par l'opinion à 77% des interviewés.

A travers l'étude, on constate une lassitude de la solidarité au fil des 3 dernières décennies et on peut remarquer que la logique de la dette s'est renversée. Ce n'est plus la société qui doit trouver un palliatif aux problèmes de chômage et de pauvreté, mais l'individu qui doit rembourser par son activité le revenu que lui verse la société.

e- Point de vue des allocataires sur leur RSA

Rappelons que le RMI posait les bases d'une politique sociale active où l'aide reçue était conditionnée à l'engagement du bénéficiaire à s'inscrire dans un parcours d'insertion. Toutefois, au fil des années, cette prestation a été remise en question sur son caractère incitatif à la reprise d'emploi et sur le fait que les allocataires pouvaient être perdants face à une reprise d'emploi.

La création du RSA est venue initialement corriger cet effet de seuil, mais les anciens RMIstes disent avoir mal compris le changement, car cela aurait fait empirer leurs conditions de vie. C'est ce que révèle l'article du CREDOC sur les "*effets du RSA peu perceptibles par les bénéficiaires*"⁴³. Ils reprochent au nouveau mécanisme d'avoir entraîné une perte de droits connexes attachés à leur précédent statut : exonération fiscale, effet sur le barème CMU et sur une diminution d'autres prestations, resserrage du contrôle de demandes de pensions alimentaires. S'ajoute à cela le sentiment d'une moins-value liée à la diminution de la prime pour l'emploi. Cumuler emploi rémunéré et prestation certains mois augmenterait un peu leurs ressources mensuelles qui se lisseraient dans les charges quotidiennes. Alors qu'auparavant la prime annuelle pour l'emploi était utilisée pour le budget vacances, équipement ou pour sortir de l'endettement.

Dans l'étude^{ibid}, on comprend que l'accompagnement proposé est décrié par les allocataires. Le référencement Pôle Emploi a permis à certains de bénéficier d'une action de remobilisation, un bilan de compétence ou une formation et disent en être satisfaits. Mais une

⁴³ ALBEROLA E., GILLES L., TITH F., *Les effets du RSA peu perceptibles par les bénéficiaires* CREDOC Consommation et mode de vie n° 250 avril 2012

partie des allocataires se demandent si leur accompagnement " *ne fait pas écran aux opportunités d'emploi qui apparaissent comme filtrées par le référent*"^{ibid}. Concernant l'accompagnement social, les allocataires doutent de capacités du référent à répondre à leur problématique sociale comme la santé, la garde d'enfant ou le logement. Ils seraient trop peu outillés pour leur proposer des alternatives d'insertion professionnelle. Certains allocataires pourraient être relativement proches de l'emploi, mais ils présenteraient des freins sociaux qu'il faudrait résoudre en parallèle. Ils sont nombreux à demander un double accompagnement, ce qui semble se développer de plus en plus en partenariat avec le pôle emploi ou les Plans Locaux pour l'Insertion et l'Emploi. En 2014, 60% bénéficieraient d'un parcours d'accompagnement mixte. La mise en place des pactes territoriaux d'insertion basée sur un diagnostic local aurait vocation à améliorer cette coordination sociale et professionnelle.

Le contrat d'insertion est considéré comme inutile pour de nombreux bénéficiaires. Il ne fait pas sens pour eux. Selon le CREDOC : "*Le référent unique, pierre angulaire de l'accompagnement n'est pas bien identifié par les bénéficiaires. La possible multiplicité des intervenants et la perception d'un suivi essentiellement administratif (renouvellement du contrat d'engagement réciproque ou actualisation du contrat d'insertion) ne permettent pas l'identification de la fonction de "pilote" du parcours que le référent est sensé exercer.*"^{ibid}

Par contre, les bénéficiaires soulignent la capacité du nouveau dispositif à rendre plus visible la situation des travailleurs pauvres qui bénéficiaient peu de l'attention des pouvoirs publics. Mais dans le même temps, ces derniers sont en colère de ne pas pouvoir vivre dignement des revenus issus de leur emploi. Ainsi ils déplorent que le RSA soit peu perceptible sur l'emploi dans un contexte de crise économique.

Les nouvelles trajectoires professionnelles de ce public montrent des périodes d'activité longues et interrompues le plus souvent par des ruptures en raison de plan de licenciement, de la survenue d'une naissance, ou d'un problème de santé.

Le fort taux de non-recours au RSA est quant à lui expliqué par les allocataires potentiels eux même par : la complexité des démarches, la méconnaissance du barème, mais surtout par la stigmatisation autour de ce minima social. Etendre le minima social aux travailleurs pauvres semble avoir eu un impact positif sur la popularité du dispositif RSA. L'objectif du retour à l'emploi paraît faire consensus auprès de toutes les parties. Néanmoins, du point de vue des intéressés, les moyens d'insertion ne sont pas assez développés. Mais surtout l'accentuation de la crise économique couplée aux nouvelles restrictions budgétaires de l'Etat a tendance à faire

douter de l'efficacité du dispositif en particulier chez les classes populaires. L'impact de la politique d'insertion est donc largement remis en question.

Cette première partie de l'étude tente de montrer l'environnement et le contexte d'émergence des contrats d'insertion dans les nouvelles politiques sociales d'aujourd'hui. La rareté de l'emploi, la qualification préconisée conduisent une frange de la population toujours plus importante sur les rails de la précarité dans un contexte économique où les choix budgétaires sont moins favorables à l'aide publique. La modernisation des politiques d'insertion intensifie la place du travail comme seul moyen d'inclusion à la société. L'utilité au monde d'un allocataire RSA n'est envisagée qu'à travers son employabilité. Les PDI développent leurs fiches actions autour de l'emploi. Les CER sont destinés à accompagner les allocataires essentiellement vers ce champ.

Le contrat d'insertion a pour mission d'aider les allocataires du RSA à retrouver durablement un emploi sous peine de sanction pour le bénéficiaire. On comprend bien pourquoi la contractualisation est un moment délicat pour l'allocataire et son référent. Ces questionnements sont au cœur des enjeux pour les départements. Dans la prochaine partie, nous étudierons un exemple de la déclinaison du RSA et des contrats d'insertion sur le plan local. Nous prendrons en exemple un territoire vauclusien qui nous permettra d'appréhender plus précisément le vécu et le ressenti de chacun des signataires du contrat. Nous tenterons d'approfondir ce qui pousse chacun à développer l'objectif santé à défaut de mieux.

II- L'objectif santé pour l'insertion des plus démunis. Retour au terrain

Dans notre première partie, nous avons tenté de définir ce qu'est l'exclusion, comment elle s'est manifestée au cours de l'histoire et comment se sont envisagées les politiques publiques à chaque époque. Nous avons montré en quoi l'augmentation du chômage a fait naître une nouvelle sorte de traitement social de la question sociale : la politique d'insertion. Nous avons approché le RSA sous l'angle sociétal. Maintenant nous allons davantage nous intéresser au RSA sous l'angle local et individuel.

Pour poursuivre en seconde partie, nous verrons maintenant, comment cette politique sociale se décline localement dans le département de Vaucluse et plus particulièrement sur le secteur du Centre Médico-Social de Pertuis. Nous ferons un focus sur le public des allocataires, l'organisation du service insertion et le contenu des contrats d'insertion sur le CMS. Nous verrons à travers la recherche menée le point de vue des acteurs locaux sur cette action publique déclinée localement. Comment la loi est elle appliquée dans nos départements ? Comment vit-on au RSA ? Quels sont les problèmes sociaux et médicaux que rencontrent les allocataires ? Que représente pour eux le contrat d'insertion ? Qu'implique pour eux un tel dispositif ?

L'enquête de terrain à travers l'exemple des vauclusiens du bassin de Pertuis nous permettra de répondre à ces questions. Je tenterai de rapprocher les résultats de l'étude avec des concepts sur le thème de l'exclusion.

Je montrerai en quoi pour les personnes les plus exclues du monde du travail, la précarité fatigue et rend malade. Nous verrons alors en quoi, pour les allocataires, l'objectif santé dans la rencontre contractuelle avec leur référent devient la solution privilégiée pour améliorer leur quotidien.

A- Contexte local de la politique d'insertion en Vaucluse

J'axerai mon mémoire sur l'étude du département pour lequel je travaille : le conseil départemental de Vaucluse.

a- Le département de Vaucluse

Ce département de la région Provence Alpes Côte d'Azur compte 558 623 habitants en 2016⁴⁴. Le Vaucluse a un taux de croissance démographique annuelle identique à celui de la France métropolitaine. La grande majorité vit concentrée vers le pôle urbain et économique de

⁴⁴ Conseil Départemental de Vaucluse CD84.fr consulté le 02/04/2016

l'agglomération avignonnaise. La population active âgée de 15 à 64 ans compte 239 601 personnes. 1/3 de la population âgée de plus de 15 ans a un niveau égal ou supérieur au baccalauréat. Néanmoins, le Vaucluse est touché par un fort taux de chômage de 13,9% de la population active contre 11,9% en région PACA. Au premier trimestre 2013, le RSA est perçu par 19320 vauclusiens soit 5,0% de la population active. On note une progression de 22% du nombre d'allocataires entre 2009 et 2013. Près de la moitié d'entre eux sont âgés entre 25 et 40 ans.

Le Vaucluse compte parmi les 10 départements les plus pauvres de France avec un taux de pauvreté de 11,2% caractérisé par une forte proportion de familles monoparentales, supérieure à la moyenne nationale. Ces familles monoparentales comptent majoritairement des femmes comme chef de famille. Compte tenu des évolutions sociétales et juridiques, les familles sont avant tout des familles issues du divorce ou des séparations et non de veuvage. Selon l'INSEE, la part des familles monoparentales n'a cessé de croître depuis les années 60, du fait des mutations sociales. " *Seule la moitié des mères de familles monoparentales occupent un emploi à temps complet, alors qu'elles fournissent en général l'essentiel du revenu du ménage. Les familles monoparentales vivent dans des conditions de logement plus difficiles et plus fragiles que les couples avec enfant. Signe des difficultés à vivre seul avec des enfants, 10% de ces familles partagent leur logement avec d'autres personnes, habituellement un parent*".⁴⁵

Le revenu médian par unité de consommation dans ce département est de 16966€ pour 18355€ au niveau national. Les références de l'INSEE de ces trois dernières années montrent que la part de la population couverte par le RSA (7,8%) et la Couverture Maladie Universelle (7,8%) est plus importante que la moyenne de la France métropolitaine, respectivement de 6,3% et 6%. La situation climatique et l'attractivité des espaces naturels et culturels attirent une population plutôt aisée, alors que les natifs parviennent difficilement à se loger car les loyers sont élevés. L'accroissement du nombre de logements sur le Vaucluse s'explique par l'augmentation des résidences secondaires dont la part a augmenté durant la période 1999-2013, mais surtout celles des logements vacants dont le nombre s'est largement accru.

Il y a une grande disparité en termes d'imposition sur le revenu en Vaucluse. La classe moyenne est faiblement représentée sur le département. Les retraités sont les plus représentés, les autres catégories socioprofessionnelles sont dans la moyenne française. Le niveau de qualification des vauclusiens se situent dans une bonne moyenne nationale.

⁴⁵ CHARDON O DAGUET F, juin 2006 "Les familles monoparentales des difficultés à se loger et à travailler" n°1195 www.insee.fr consulté 02/04/2016

En Vaucluse, 40% des allocataires du RSA sont suivis par les centres médicaux sociaux. Les autres sont référencés par des opérateurs d'accompagnement à l'emploi, financés par le Conseil Départemental ou par Pôle Emploi.

Le PDI 2017-2020 du Vaucluse⁴⁶ montre que 32% des allocataires RSA sont des femmes seules avec enfants et 34% sont des hommes seuls sans enfant. Le RSA socle intervient majoritairement (86%) pour des personnes isolées avec ou sans enfant. Près de 60% des allocataires ont entre 30 et 50 ans. Près d'un quart des ex-bénéficiaires du RMI ont perçu cette allocation et perçoivent encore le RSA aujourd'hui. L'ancienneté dans le dispositif entre 13 et 24 mois touche 60% des allocataires vauclusiens.

Le précédent PDI concluait qu'"en ce qui concerne les chiffres du chômage, le Vaucluse connaît des chiffres alarmants. Que ce soit au regard des niveaux nationaux, régionaux et des 4 autres départements de la région PACA, l'ensemble des indicateurs est au rouge. Or il est évident que la montée du nombre de demandeurs provoque à court ou moyen terme une montée des bénéficiaires du RSA socle. Il est tout aussi évident que la raréfaction des offres d'emploi pèse lourdement sur l'insertion des bénéficiaires"⁴⁷.

Le nouveau PDI a été publié en juin 2017. Suite aux dernières élections départementales, l'ancien président socialiste a cédé la place à un nouveau du parti Union pour la Majorité Présidentielle. Suite à un diagnostic invitant des travailleurs sociaux à 3 groupes d'instances des différents CMS de Vaucluse, de nouvelles fiches actions ont été rédigées autour d'un axe stratégique : le retour à l'emploi. Le travail en réseau territorialisé est accentué et la double référence travailleur social / agent pôle Emploi dans l'accompagnement global est généralisé. Les actions d'insertions déjà existantes sont à minima maintenues mais les préconisations du terrain pour répondre à des besoins d'illettrisme, d'apprentissage de la langue française, ou de mobilité n'ont pas été développées. Par contre, le nouveau PDI accentue les logiques de sanction en cas de non signature d'un CER. Aussi, la responsabilisation de l'allocataire est soulignée car les CMS ne sont plus tenus de les convoquer pour contractualiser. Ainsi, face à un public loin de l'emploi et habitué à la convocation automatique et une offre de service uniquement tournée vers l'emploi, le département de Vaucluse devrait augmenter le nombre de sortie du dispositif pour sanction et diminuer par ce fait le nombre d'allocataire. Quel impact cette stratégie aura-t-elle à long terme sur la cohésion sociale du département ?

⁴⁶ Conseil Départemental de Vaucluse, Plan Départemental d'Insertion 2017-2020, Pole Développement

⁴⁷ Conseil Départemental de Vaucluse, Plan Départemental d'Insertion 2015-2017, Direction de l'Insertion,

Au cours de cette recherche, j'ai eu d'énormes difficultés à consulter des statistiques départementales sur le RSA. On m'a expliqué que le logiciel ne permettait pas de comptabiliser la nature, les démarches et les actions des contrats d'insertions et que bien souvent "*ils étaient mal renseignés par les référents et donc non exploitables*". Cette remarque et ces constats montrent un fois encore la distance de réalité entre le central et le terrain. Cela s'est également illustré lorsque j'ai demandé aux cadres et élus ce qu'ils pensaient du constat que sur le CMS de Pertuis, notre diagnostic faisait apparaître que plus d'1/3 des contrats d'insertion avaient une visée santé. Voici les remarques qui m'ont été retournées :

- J'ai une connaissance que partielle des contrats d'insertion : 4 / 7
- Sans observatoire, c'est difficile d'appréhender la question de l'insertion : 2/ 7
- Valider un objectif santé, c'est un constat, pas un contrat : 4 / 7
- Cela relève du secret médical et pose la question de la fiabilité de l'objectif : 1/7

Il est étonnant de voir que parmi les personnes interrogées, seule la moitié a une connaissance suffisante du principe du contrat d'insertion.

b-Sa politique d'insertion en Sud Vaucluse

Le département de Vaucluse est découpé en zones géographiques couvertes par 23 Centres Médicaux Sociaux.

Le service insertion qui gère les dossiers et les contrats des allocataires RSA a été recentralisé sur Avignon en septembre 2016, suite à la nouvelle réorganisation du Département. Ce service impulse la dynamique partenariale et élabore le diagnostic pour développer de nouvelles priorités et actions locales.

La responsable du Service insertion anime tous les deux mois une réunion intitulée Réunion des Acteurs Locaux de l'Insertion sur des territoires regroupant plusieurs CMS limitrophes. L'une d'elles, organisée en avril 2015 portait sur la santé des bénéficiaires du RSA en Sud Vaucluse. *L'accès au soin : au-delà du droit, comment accompagner dans la démarche vers le soin ?* La responsable du service insertion en Sud Vaucluse, qui a entre ses mains tous les contrats d'insertion approfondis effectués par l'ensemble des référents des CMS du Sud Vaucluse, a relevé les objectifs des contrats validés au cours d'une semaine." *Un contrat d'insertion sur 2 porte sur un problème de santé. 1/3 sont en attente de décision Maison Départementale du Handicap*".

La MDPH est un service du conseil départemental qui évalue et oriente les adultes et les enfants en fonction de leur problématique de santé. Financée par l'Etat, ce service gère les demandes de compensations comme les cartes, les allocations, la reconnaissance travailleur handicapé, les demandes de compensations, les orientations scolaires ou de formation de reclassement, les orientations médicales et sociales. Ce service reçoit les demandes d'allocations adultes handicapées. L'AAH est versée dans un délai entre 1 et 5 ans si le problème de santé restreint de manière substantielle et durable l'accès à l'emploi. Une commission évalue le taux d'invalidité des demandeurs de l'allocation en vérifiant si le handicap constitue un frein à l'emploi et si cela nécessite le versement d'une compensation. Si les médecins de la MDPH évaluent un taux d'incapacité inférieur à 79% (critères nationaux), alors le demandeur ne peut prétendre à l'AAH.

Le référent des parcours professionnels de la MDPH présent à cette réunion constate que la culture médicale occidentale qui consiste à se soigner quand on est malade, se heurte à l'approche de l'insertion française. Pour ce professionnel de la MDPH, non seulement les personnes malades sont coupées du monde socialisant du travail, mais bien souvent se surajoutent des problèmes psychologiques qui s'amplifient dans le temps. *"Je crois qu'il ne faut pas perdre de vue que l'on peut guérir, et que pour cela il ne faut pas suspendre le lien social et professionnel."*

Des associations présentes au cours de cette réunion qui sont spécialisées dans la prise de conscience des problèmes de santé pour tous les publics, précisent que la précarité surajoute la vulnérabilité médicale. Ils travaillent autour de l'estime de soi, de l'isolement afin de sortir du déni de la maladie.

Selon un psychologue de CMS de Pertuis, qui a également animé cette réunion, il existe une porosité psychologique entre l'emploi et la santé fragile. Dans la pratique professionnelle, il constate que le stress et l'anxiété génèrent des freins à l'insertion. La souffrance psychologique est à la fois parlée par les allocataires comme : *" j'ai des problèmes, donc j'ai des difficultés psychologiques"* mais aussi comme : *"l'organisation sociale génère des pathologies"*. Pour lui, la politique actuelle du RSA a du mal à fonctionner pour les plus fragiles, car le contrat d'insertion est une rencontre entre une personne et un système, conduisant à l'analyse des difficultés par le système d'une part et l'analyse d'un parcours personnel d'autre part. L'accompagnement psychologique de ce public consiste à construire des passerelles entre le vécu et l'environnement, surtout en l'absence de liens sociaux. Ce psychologue constate une forte proportion d'allocataires du RSA qui présentent un syndrome dépressif. Il s'intéresse aux pertes auxquelles les individus doivent faire face

dans leur nouveau parcours socioprofessionnel, qui sont réactivées par toutes les pertes antérieures. La dépression étant définie ici comme le résultat d'un sentiment d'exclusion.

Le bilan des références RSA par des infirmières des CMS du Sud Vaucluse fait apparaître 4 problématiques majeures. Le diabète, les troubles psychologiques, les dépendances, les affections rhumatologiques et traumatologiques sont les pathologies les plus fréquentes dans leurs suivis. La dernière problématique concerne principalement le public ayant travaillé dans l'agriculture. Ces professionnelles de santé constatent peu de suivis dentaires et gynécologiques pour les femmes. Le manque financier se répercute particulièrement au niveau alimentaire, renforçant les problèmes de diabète. Elles regrettent que la CMUC ne permette pas l'accès à une consultation en diététique ou en ostéopathie. Ces infirmières tentent de remobiliser les allocataires vers le soin en insistant sur les prises en charges médicales. *"C'est particulièrement difficile pour ceux qui sont atteints de troubles psychologiques. L'accompagnement en long court pose le problème de l'équilibre des traitements, les orientations thérapeutiques chaotiques, les abstinences et rechutes des addictions"*. L'impact sur la santé de ce type d'allocataire commence à se mesurer après au moins deux années d'accompagnement infirmier. Dans ce type de situations, il est impératif d'avoir un partenariat opérant avec les médecins de ville, les Centres d'Addictologie, les centres associatifs, les hôpitaux, et les Centres Médicaux Psychologiques.

c- le Centre Médico-social de Pertuis

Le CMS de Pertuis dépend de l'Unité Territoriale Sud Vaucluse. Le territoire du CMS compte un total de 52225 habitants répartis sur 23 communes. La population de l'ensemble des communes est en augmentation. Le CMS est situé à 78km d'Avignon, siège du Conseil Départemental du Vaucluse. Le territoire est étendu sur 543km², le plus éloigné d'Avignon, et le plus vaste de l'unité territoriale du sud Vaucluse (Mérindol – Beaumont : 47Km). Les transports collectifs existants sont peu développés et rendent difficile les déplacements vers Avignon, siège de la plupart des administrations. Les communes couvertes par le CMS se tournent davantage vers Aix en Provence, notamment pour Pertuis qui dépend de la communauté des pays d'Aix. 70% des actifs travaillent hors de leur commune d'habitation. Seulement 5% des habitants utilisent les transports en commun présents sur le sud Vaucluse.

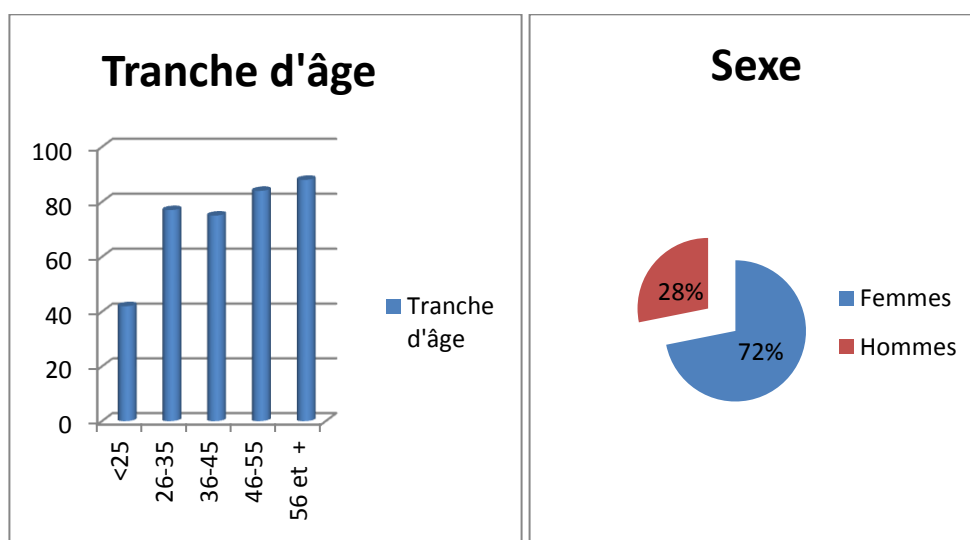
Le CMS de Pertuis compte 48 agents dont 11 travailleurs sociaux affectés au Service Départemental d'Actions Sociales dont les missions se déclinent autour de : l'accueil et l'orientation de tout public, la protection et la prévention des enfants et des personnes vulnérables, l'insertion des allocataires RSA.

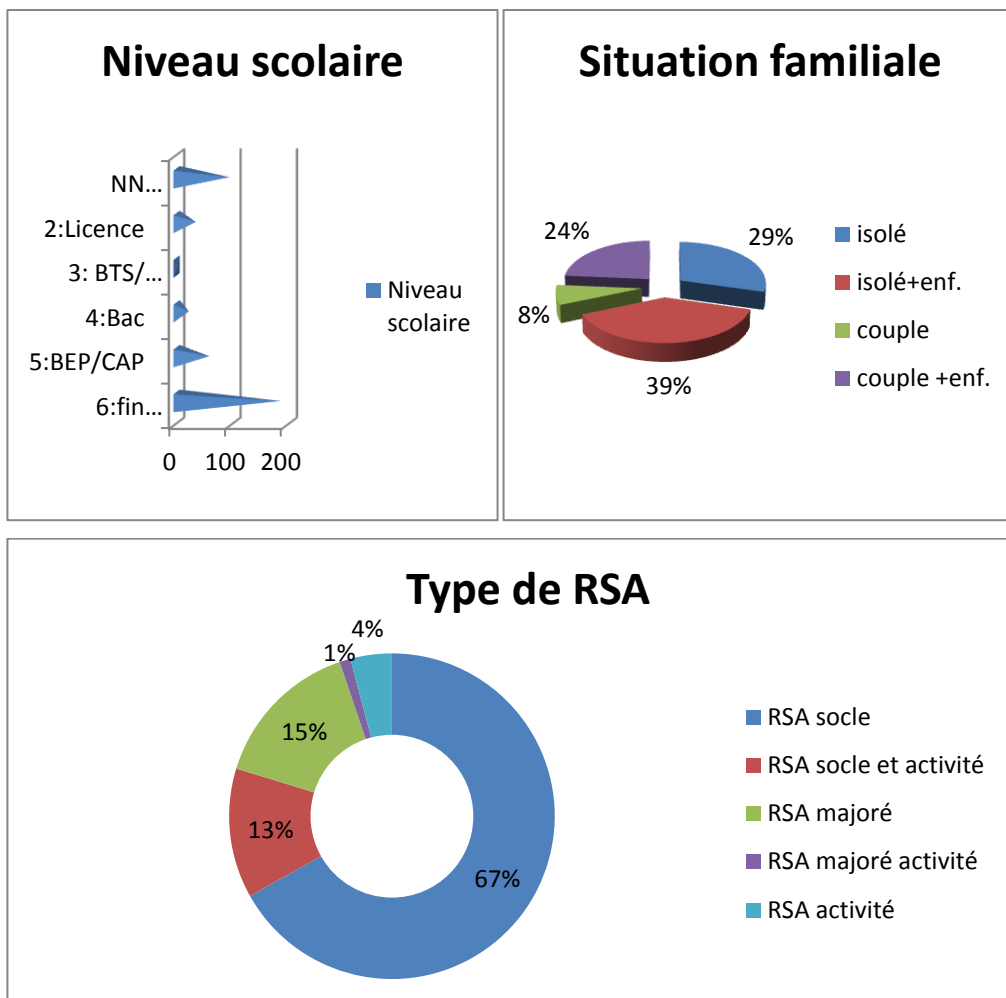
Sur le territoire du CMS, une seule commune dépasse les 20000 habitants. Il s'agit donc d'un secteur semi rural, souffrant de peu d'infrastructures de transport, d'un montant élevé des loyers, et d'une assez faible activité économique. Le taux de précarité est encore plus fort dans le sud du département.

Concernant la mission RSA, chaque référent du SDAS a une attribution d'une trentaine d'allocataires RSA qui ont été repérés comme étant "éloignés de l'emploi" d'où le référencement social. Ceux-ci sont convoqués en "permanence RSA" jusqu'en décembre 2017 (compte tenu des nouvelles prérogatives du nouveau PDI) sur Pertuis au minimum tous les 6 mois afin d'actualiser leur contrat d'insertion. Là sont dégagés les objectifs et les moyens à mettre en œuvre sur la période. En cas de non respects des engagements d'insertion ou en cas d'absences répétées aux convocations, le référent peut signaler la situation à l'Equipe Pluridisciplinaire afin que l'allocataire soit entendu et qu'une éventuelle sortie du dispositif soit prononcée. Il s'agit donc d'une sanction directe sur le versement de la prestation.

d- le public du Centre Médico-Social de Pertuis

Le service insertion élabore des données statistiques par CMS sur leurs allocataires. En 2015, elles révèlent une typologie du public accompagné dans le dispositif RSA par le CMS de Pertuis. L'archétype est une femme de 46 ans qui vit seule avec encore un ou deux enfants à charge. Celle-ci a un niveau de 5ème et n'a généralement jamais travaillé.

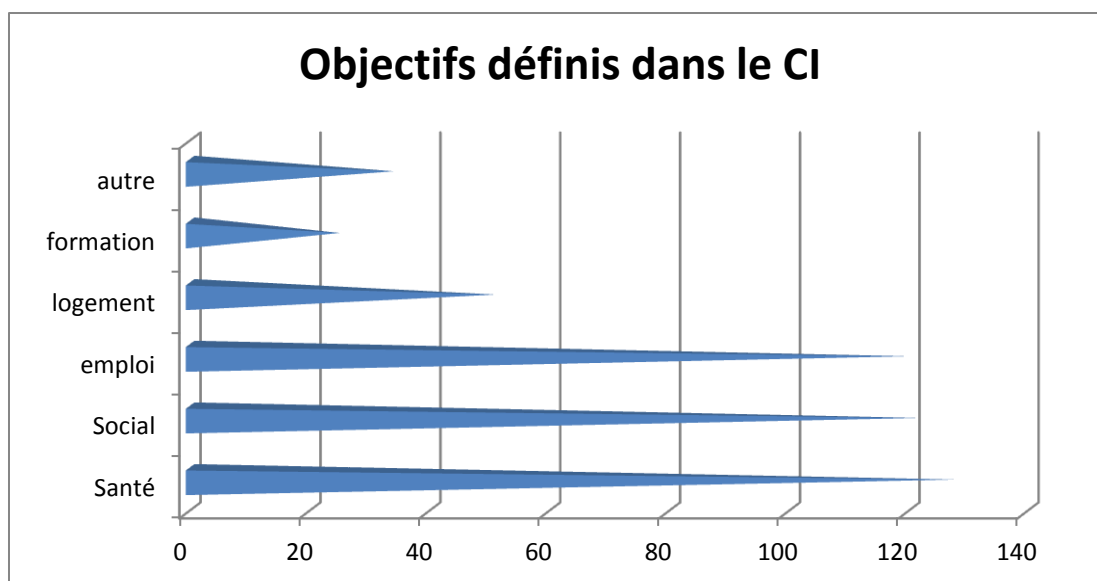




Aussi, un récent diagnostic⁴⁸ a été effectué par le CMS de Pertuis pour connaître la typologie du public en 2013-2014. Le CMS a recensé 456 allocataires dont 87% sont au RSA socle. Ils sont généralement locataires, mais 10% d'entre eux sont hébergés. 71% sont des femmes et 62% du nombre total d'allocataires sont célibataires. Plus d'un allocataire sur trois est âgé de 26 à 40 ans. 35% ont un enfant, 38% en ont plusieurs, mais rares sont les allocataires ayant plus de 3 enfants. Seuls 20% ont une formation qualifiante supérieure ou égale au BEP. 20% souffrent d'analphabétisme.

Au cours de ce diagnostic, les contrats d'insertions couvrant la période d'octobre 2013 ont été étudiés. Sur ce territoire, 70% du public bénéficiait d'un contrat en cours de validité. Il est apparu que seul 30% des objectifs étaient à vocation emploi, alors que 28% des contrats d'insertion avaient un objectif santé.

⁴⁸ Centre Médico Social de Pertuis, *Diagnostic de territoire 2013-2014* Conseil départemental de Vaucluse



On remarque également que la santé représente 30% des freins à l'insertion chez ce public. Les caractéristiques de l'isolement reviennent à hauteur de 4%, les problèmes psychologiques 7% et les difficultés médicales globales 30%. Parmi ces "contrats santé", plus de la moitié sont renouvelés depuis plusieurs années sur le même motif, sans changement de situation. C'est cette étude qui a orienté le sujet de ce mémoire.

Ainsi, au CMS de Pertuis 1/3 des contrats d'insertion s'articulent autour de la problématique santé, alors que 2% des allocataires sont suivis par l'infirmière SDAS. Face à ce phénomène, le PDI renvoie sur le rôle clé du psychologue et de l'infirmière du CMS et préconise *"une meilleure connaissance et utilisation du droit commun, ainsi qu'une meilleure évaluation des difficultés liées à des problèmes de santé en s'appuyant sur une expertise médicale"*. Néanmoins, aucun outil concret n'est proposé sur les terrains pour accompagner les publics touchés par cette problématique. Par exemple, depuis 4 ans seules les aides financières à visées emploi sont étudiées par le service insertion. Quant aux psychologues, ils sont affectés à d'autres missions prioritaires telles que le traitement des informations préoccupantes et le suivi des familles des enfants placés. Néanmoins, le service insertion a mis en place un Soutien Technique et de Réflexion avec le psychologue, un conseiller formation Pôle Emploi et la conseillère en développement social territoriale, afin de conseiller les référents dans l'accompagnement de certains allocataires. Néanmoins, cette instance est peu utilisée par les professionnels du CMS en évoquant *"qu'ils n'ont pas le temps supplémentaire à consacrer à cette tâche"*. Les autres missions étant vécues comme prioritaires.

Ainsi la signature du contrat d'insertion met en tension des obligations institutionnelles où un professionnel doit offrir un service d'insertion avec une personne qui

ne remplit pas forcément les critères attendus. Il convient maintenant de décrire comment se construit ce fameux CER en Vaucluse.

e- le Contrat d'Engagement Réciproque au département de Vaucluse

Le Contrat d'insertion, appelé ensuite CER, est en vigueur dans le Vaucluse depuis la mise en place du RSA en 2009. Trois ans après, la procédure a été informatisée via un logiciel nommé IODAS commun à tout le personnel en charge de la mission d'insertion sur le département (référents, secrétariat, service insertion, équipe EP, cadres).

Les dossiers sont nominatifs et retracent tout le parcours de l'allocataire (ancienneté dans le dispositif, contrats d'insertions, aides financières, accompagnements spécifiques, validation, radiation mais aussi composition familiale, lieu d'habitation etc...).

Les utilisateurs ont progressivement été formés. Les travailleurs sociaux, qui pour beaucoup souhaitaient en rester au modèle papier, ont reproché au logiciel d'être trop inductif et compliqué d'utilisation. Prochainement, ce logiciel sera supprimé pour un programme unique d'accompagnement social GENESIS. Les professionnels ont commencé leur formation.

CIRCUIT du Contrat d'Insertion

Le contrat d'insertion actuel est composé d'une feuille recto verso (voir annexe). Celui-ci est complété par le travailleur social en entretien avec l'allocataire qui signe son engagement. Ledit contrat est signé par le Responsable du CMS qui a délégation de signature du Président du Conseil Départemental lorsqu'il s'agit d'un contrat simple. Un contrat est dit "simple" lorsque celui-ci ne fait aucune référence à une demande particulière de type financier, demande de formation, ou réintroduction dans le dispositif après sortie. Au CMS de Pertuis 90% des contrats d'insertion sont donc validés par la responsable. Il n'y a donc pas de passage devant une équipe pluridisciplinaire comme la loi le prévoit et le document reste en interne. Il est alors envoyé à l'allocataire et le double est archivé dans un dossier social au CMS. Le contrat rédigé mais non signé demeure dans le logiciel IODAS.

Par contre, s'il est notifié en approfondissement, alors il est envoyé au service insertion pour étude en Equipe Pluridisciplinaire. Dans ce cas, la responsable du service insertion a délégation de signature pour le président. Elle renvoie alors le contrat signé à l'usager avec la décision appropriée. Une remarque manuscrite ou un avis peut être notifié s'il s'agit d'une demande de formation ou de financement. Mais depuis 2016 il n'y a plus de crédit pour une demande de financement APRE. L'étude approfondie est donc désormais utilisée en cas de

sanction. Car dans tous les cas, lorsqu'il s'agit d'une réintroduction, le contrat passe automatiquement en étude approfondie.

EVOLUTION du formulaire

Depuis le RMI le département a vu évoluer par période 3 formulaires différents. Cette étude documentaire révèle parfaitement l'évolution stratégique de la politique d'insertion du département. La place laissée à l'allocataire est de plus en plus insignifiante, les objectifs et moyens sont graduellement orientés avec le temps, et l'argumentation devient muselée. (Ce comparatif documentaire est repris en annexe)

- jusqu'en 2006 : il s'agit d'un formulaire triptyque manuscrit portant sur le bilan du précédent contrat, la situation actuelle et l'explicitation des prochains objectifs à venir. L'utilisateur peut rédiger sa partie s'il le souhaite.

- de 2006 à juin 2017 : document informatisé via le logiciel IODAS en recto verso. Le recto reprend les 4 articles majeurs de la loi relative au RSA et les obligations des contractants. Les objectifs et les démarches sont à sélectionner via une base de données préétablie (la santé n'est pas mentionnée). Un espace permet de rédiger en quelques phrases la situation globale de la personne via le logiciel.

-depuis juin 2017 : le CER est un formulaire recto avec code barre, édité via le logiciel. Les obligations législatives n'apparaissent plus. Seuls les objectifs et démarches apparaissent par rubrique (la santé n'existe toujours pas), rien n'est prévu pour spécifier la situation de l'allocataire.

Plusieurs remarques s'imposent à la lecture des deux derniers documents qui ont une durée de validité de 6 à 12 mois (à 90%, les contrats sont signés pour 6 mois).

- D'une fois à l'autre, il n'est pas demandé de faire le bilan du précédent contrat.
- Il faut nommer des objectifs sans avoir identifié des freins ou des problèmes.
- Le département ou le travailleur social ne définit pas ses propres engagements à la réussite du projet, alors que cela est pourtant spécifié dans la loi. Si des moyens sont proposés, ils ne sont pas évalués sous l'angle de leur efficacité dans le sens du projet de l'allocataire.
- L'allocataire ne peut pas rédiger lui-même son contrat. La rédaction passe par son référent qui n'est pas signataire du contrat. Dans ce cas, on peut se poser la question du co-engagement des 2 parties.

- Nous l'avons vu plus haut, le public éloigné de l'emploi pour des raisons de santé ou de fragilité sociale rentre peu dans les critères de ce support contractuel. On se demande dans quelle mesure cette omission vient masquer un public pour lequel on n'a pas de solution ? Est-ce une manière de combattre l'oisiveté ?

Désormais au cœur de l'énigme "contrat santé", je souhaite préciser la démarche méthodologique que j'ai employée.

B - Approche méthodologique de l'enquête

La phase d'exploration de terrain, de vingt mois environ, s'est construite de manière à répondre à la problématique : **Que révèle la reconduction des contrats d'insertion à visée santé dans les services départementaux d'action sociale ?**

Au cours de l'enquête l'obligation contractuelle s'appelait encore contrat d'insertion. Je ne parlerais donc pas de CER puisque cette appellation n'est devenue officielle qu'en juin 2017.

1- Outils méthodologiques mobilisés pour la recherche

Dans un premier temps, j'ai tenté de vérifier si ce constat était significatif et réel, bien qu'il ait été signalé comme tel lors du diagnostic de territoire en 2014. J'ai donc sollicité les 13 référents RSA du CMS afin de comptabiliser le nombre d'allocataires suivis au CMS concernés par l'objectif santé (voir annexes). J'ai choisi le mois de novembre 2015 puis j'ai demandé d'étudier les 18 mois de contrats précédents cette date. 130 sur 392 étaient concernés.

Ensuite, j'ai réalisé une grille d'analyse des contrats d'insertion à visée santé pour chacun des 130 allocataires référencés par le CMS. (cf. les grilles en annexe). Pour des raisons d'efficacité, les référents ont rempli les grilles de leurs allocataires. Dans ces grilles, j'ai cherché à dresser une typologie fine de ce type d'allocataires : sexe, âge, situation familiale, type de logement, lieu d'habitat, mobilité. Mais également d'avoir une approche détaillée de leur contrat d'insertion : date d'entrée dans le dispositif, date d'apparition et type de la problématique médicale, nombre de contrats relatifs à l'objectif santé, objectifs et démarches au cours des 3 derniers contrats d'insertion.

Enfin j'ai demandé, selon l'avis du travailleur social qui remplissait la grille, si l'objectif santé était mis en avant pour masquer un autre frein à l'insertion ? Cette question me permettait d'ouvrir une focale sur l'intérêt des allocataires à définir certains objectifs d'insertion. En

conclusion du questionnaire, je demandais les préconisations du travailleur social sur chacun de ses suivis.

Dans un second temps, dans le souci de comprendre la pérennité de ce type de contrat d'insertion, je me suis attardée sur l'étude détaillée des contrats d'insertion qui ont été validés autour d'objectifs santé durant un trimestre 2016. Au cours de 8 commissions, 118 contrats d'insertions ont été validés dont 55 à visée santé. Soit 45% répondant à la problématique qui nous intéresse. Je tiens à préciser que ce chiffre est peut-être à nuancer, car l'étude durant presque 2 ans, a pu influencer sur les regards et les pratiques professionnelles de mes collègues. J'ai donc étudié les 55 contenus de chacun des contrats à visé santé validés au cours du trimestre. J'ai repéré si l'objectif santé était le seul ou s'il était associé à un autre. Mais j'ai également répertorié quels arguments le justifiait et comment il était décliné comme démarche à entreprendre pour l'allocataire au cours des 6 mois couvrant le contrat (voir annexe).

Enfin, dans un dernier temps, j'ai cherché à éprouver mon hypothèse : **le contrat santé représente un compromis acceptable entre l'allocataire, le travailleur social et la politique publique. Dans certaines situations, chacun a intérêt à contractualiser autour du thème de la santé.** Pour cela, j'ai souhaité réaliser des entretiens semi-directifs avec 8 cadres ou élus, 13 allocataires et 13 travailleurs sociaux.

Il n'a pas été difficile de rencontrer les cadres qui se sont volontiers prêtés à l'entretien. J'ai d'abord sollicité les élus de l'insertion, puis sans réponse de leur part, j'ai été volontiers reçue par les élus de notre territoire.

Pour sonder le public, chacune de mes collègues m'ont orienté 2 de leurs suivis qui acceptaient de me consacrer du temps de rencontre. Globalement, l'échantillon choisi correspond à l'idéal type dressé par les statistiques réalisées précédemment : 49 ans d'âge en moyenne, vivant en village, depuis 11 ans environ dans le dispositif. Par contre, le public masculin s'est prêté plus facilement à l'interview.

Sans doute plus par affection pour moi que par intérêt pour mon sujet, j'ai sans problème interrogé mes collègues. J'ai eu pourtant avec elles des difficultés pour ne pas dévoiler mes hypothèses, car entendre leur quotidien professionnel faisant forcément résonnance. Durant ces 2 ans d'études, j'ai pu constater le changement de leur regard sur mon étude surtout après les avoir toutes questionnées en individuel. L'échange à deux a suscité finalement leur intérêt, provoquant une attente dans le retour de mon enquête de terrain.

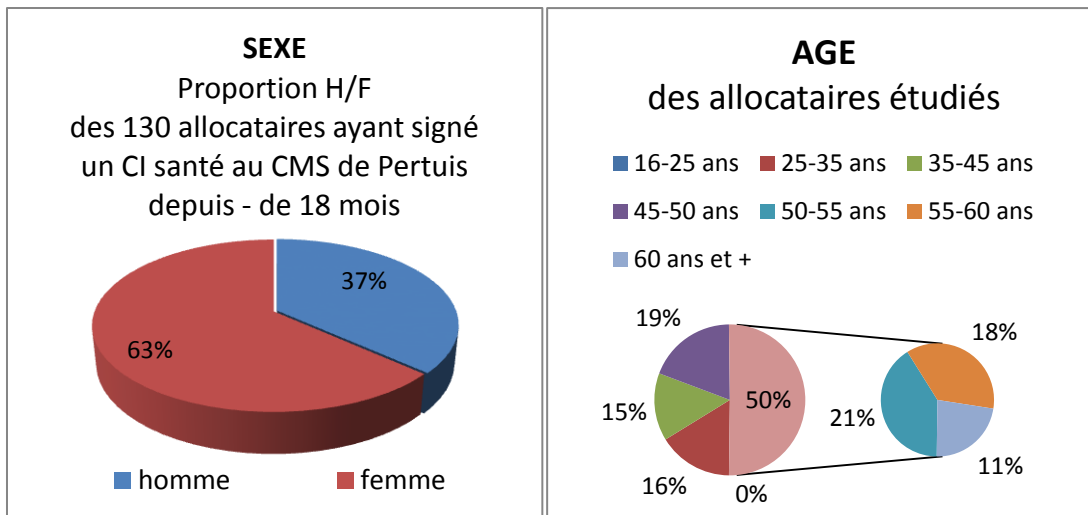
J'ai construit mon guide d'entretien de manière assez similaire chez les 3 acteurs en cherchant des marqueurs de compromis. Je leur ai demandé leur avis sur quatre points particuliers (voir annexe) :

- le dispositif RSA
- l'efficacité du RSA comme mesure d'action publique
- la fonction du contrat d'insertion à visée santé pour l'allocataire RSA
- la vision de la mission du référent dans sa fonction d'accompagnement social

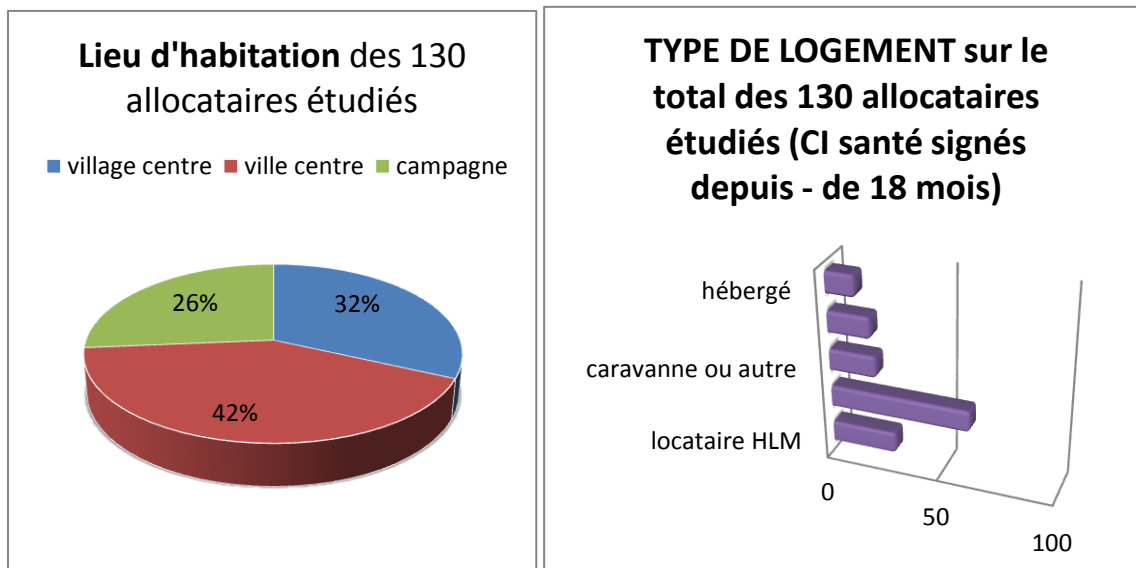
J'ai ensuite procédé à tous les interviews : l'ensemble de mes collègues référents, 13 allocataires orientés par les travailleurs sociaux du CMS, et 5 cadres du service insertion et 3 élus locaux du département. J'ai enregistré mes rencontres avec leur accord. Puis à la réécoute (par économie de temps seul 2 entretiens par catégorie ont été intégralement retranscrits), j'ai recopié les propos tenus par les acteurs en fonction des 4 thèmes qui m'intéressaient et compté le nombre de répétitions d'idées dans les discours par catégories. J'ai essayé d'être le plus fidèle aux discours pour résumer l'idée forte de leurs opinions, c'est pourquoi vous trouverez dans les tableaux des formulations orales qui peuvent sembler maladroitement dans cet écrit mais j'ai souhaité être le plus fidèle aux termes formulés par les interviewés (cette méthode employée sera illustrée par image en annexe). De là, j'ai pu comparer les similitudes et les écarts pour analyser l'hypothèse du consensus implicite dans 4 tableaux sur les thèmes de discussion. Enfin, j'ai pu m'attacher à repérer dans un 5ème tableau, si naturellement chacun d'eux évoquait le compromis dans l'objectif santé à travers ce contrat d'insertion.

2- Recueil de données affinant la situation du public concerné

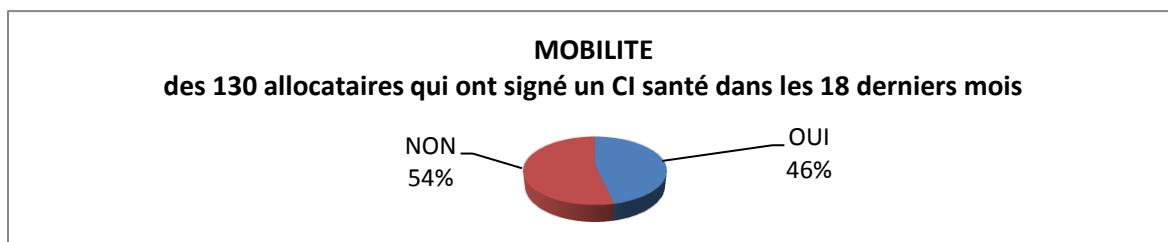
Ma toute première démarche méthodologique pour appréhender mon étude de terrain a été "d'éplucher" les contrats d'insertion de notre CMS. Rappelons que nous sommes 11 référents RSA pour en moyenne 400 suivis soit entre 30 et 35 accompagnements par référent. J'ai donc demandé par questionnaire à mes collègues de notifier sur leur listing le nombre d'allocataires pour qui elles avaient signé un contrat d'insertion à visée santé dans les 18 derniers mois. 130 allocataires étaient concernés par ces critères sur les 392 allocataires suivis par notre service en novembre 2015. J'ai affiné l'étude par questionnaire auprès des 13 référents à propos des profils de chacune des situations individuelles à travers l'étude de leurs 3 derniers contrats d'insertion. Voici les résultats statistiques :



On note une majorité de plus de 50 ans qui représente près de la moitié des Ci santé.



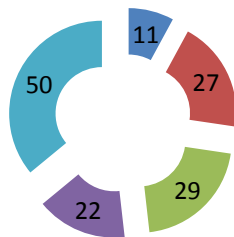
Un quart du public concerné est en situation de mal logement (hébergé ou caravane ou autre). 26 % vivent à l'extérieur des villes et villages, ce qui peut expliquer les apports du graphique suivant, vis à vis d'une mauvaise infrastructure de transport pour certain.



L'étude des 130 profils d'allocataires portait également sur leur contrat d'insertion et leur situation de santé.

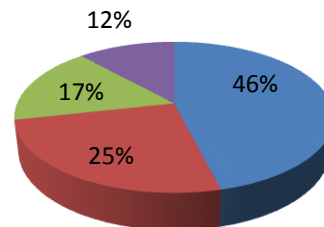
**DUREE DANS LE DISPOSITIF
chez les 130 allocataires
étudiés qui ont signé un CI
santé durant les 18 derniers
mois au CMS de Pertuis**

- moins d'1 an
- entre 1 et 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- entre 7 et 10 ans
- plus de 10 ans



**RECONDUCTION DES
CONTRATS A VISE SANTE
pour les 130 allocataires
étudiés**

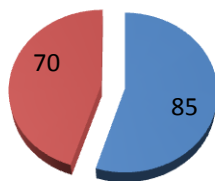
- entre 1 et 3 fois
- entre 3 et 6 fois
- entre 7 et 10 fois
- plus de 10 fois



**TYPE DE MALADIE des 130
allocataires ayant signé un CI
santé a cours des 18 derniers
mois au CMS de Pertuis**

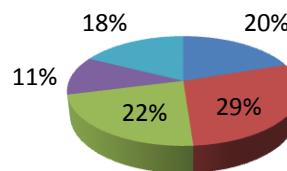
certains peuvent cumuler les pathologies

- physiologique
- psychologique/addiction



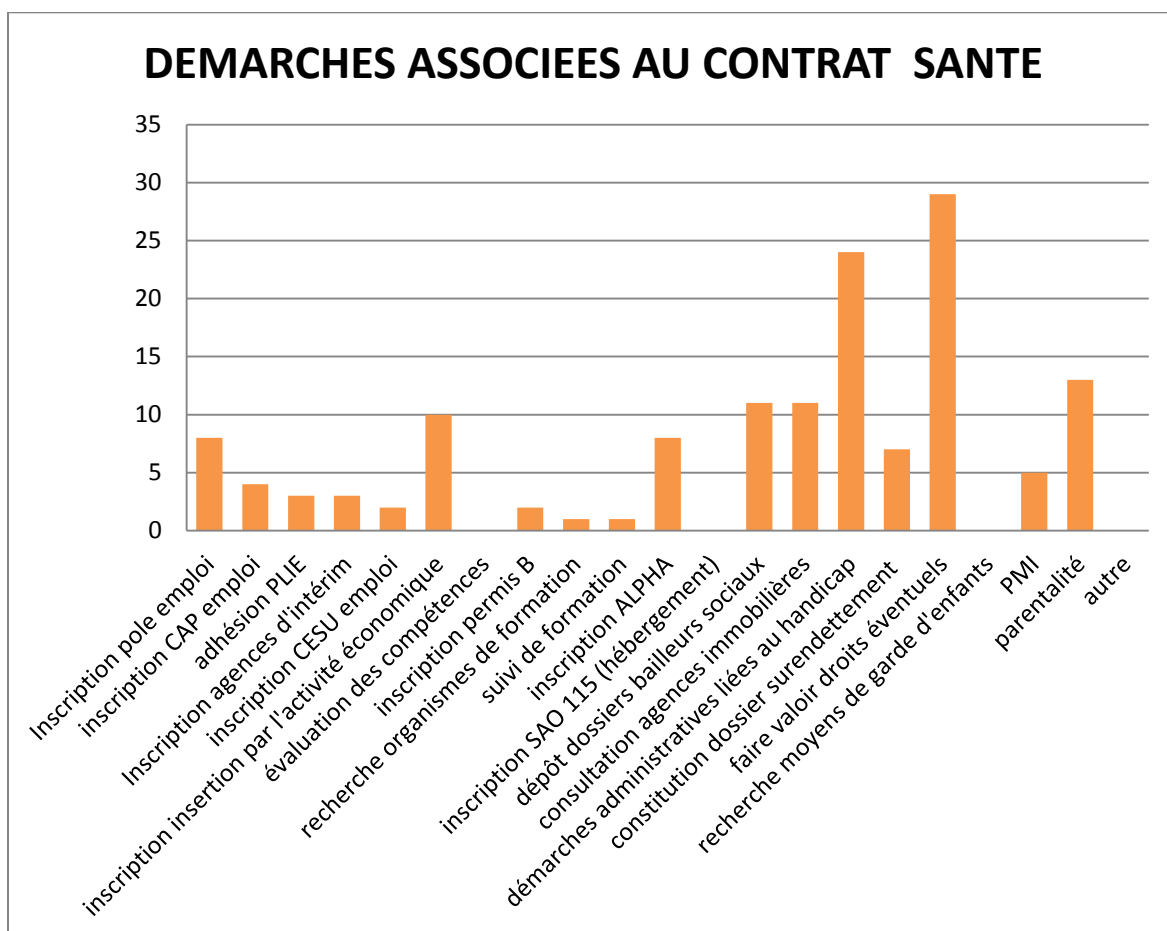
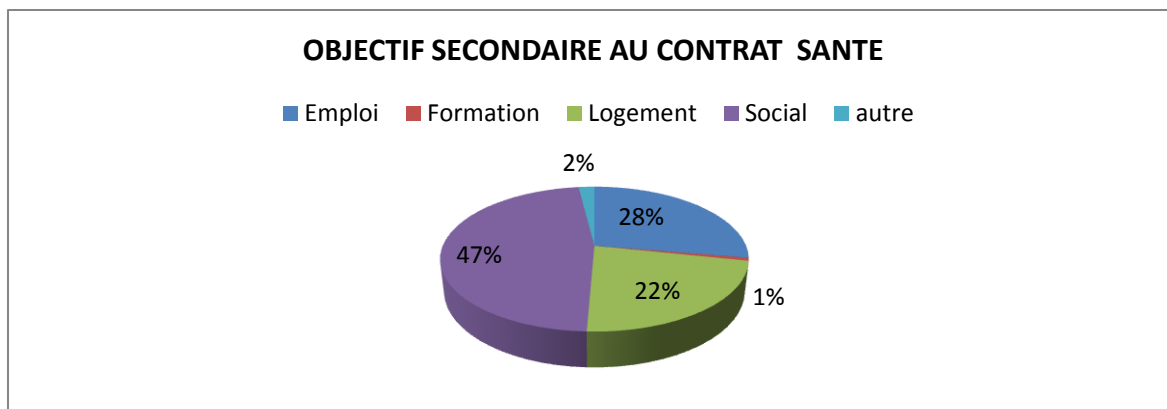
**DELAI D APPARITION DE LA
MALADIE
chez les 130 allocataires étudiés
qui ont signé un CI à visé santé
depuis - de 18 mois au CMS de
Pertuis**

- moins d'1 an
- entre 1 et 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- entre 7 et 10 ans
- plus de 10 ans

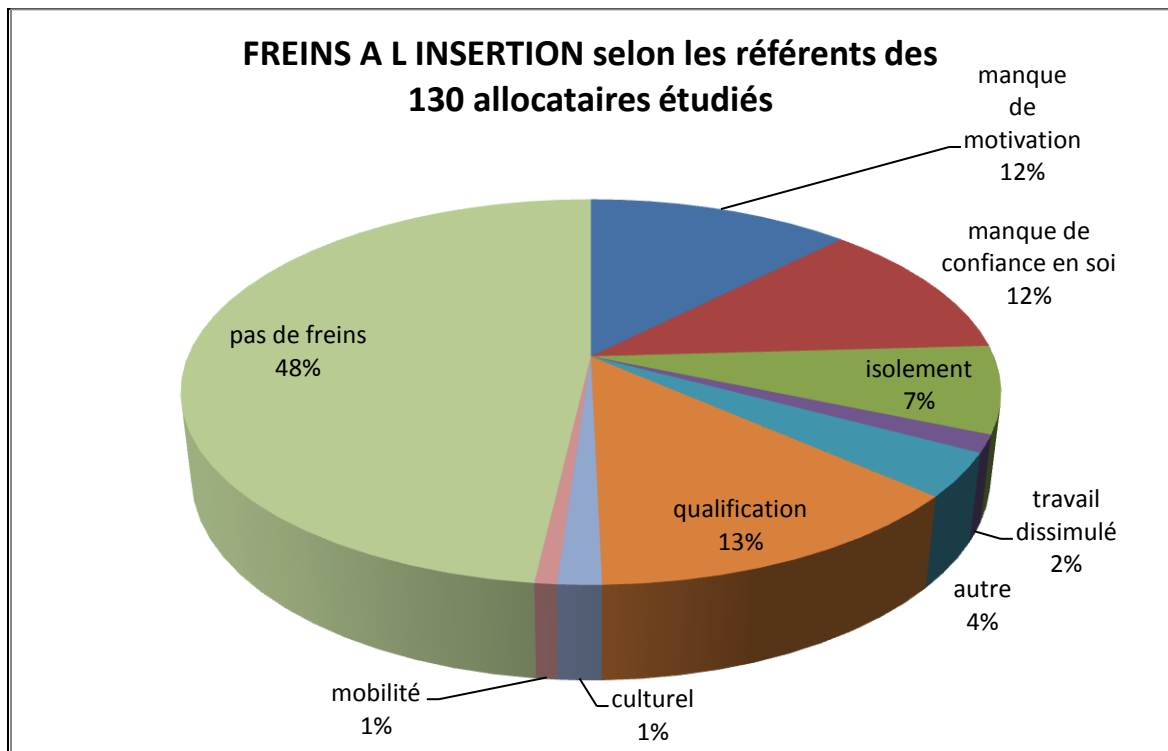


Il en ressort que les allocataires qui bénéficient d'objectifs autour de la santé sont bénéficiaires du dispositif depuis plus de 3 ans. Pour 50% d'entre eux, l'objectif santé a été reconduit entre 3 et 10 fois dans leur contrat d'insertion. On note aussi qu'ils souffrent davantage de problèmes physiologiques que psychologiques, et que la maladie est apparue depuis moins de 3 ans pour la moitié. Souvent les problèmes de santé sont cumulés avec des problèmes sociaux qui sont signalés dans le contrat d'insertion.

Les questionnaires ont permis aussi d'affiner les objectifs et démarches de leur CI :

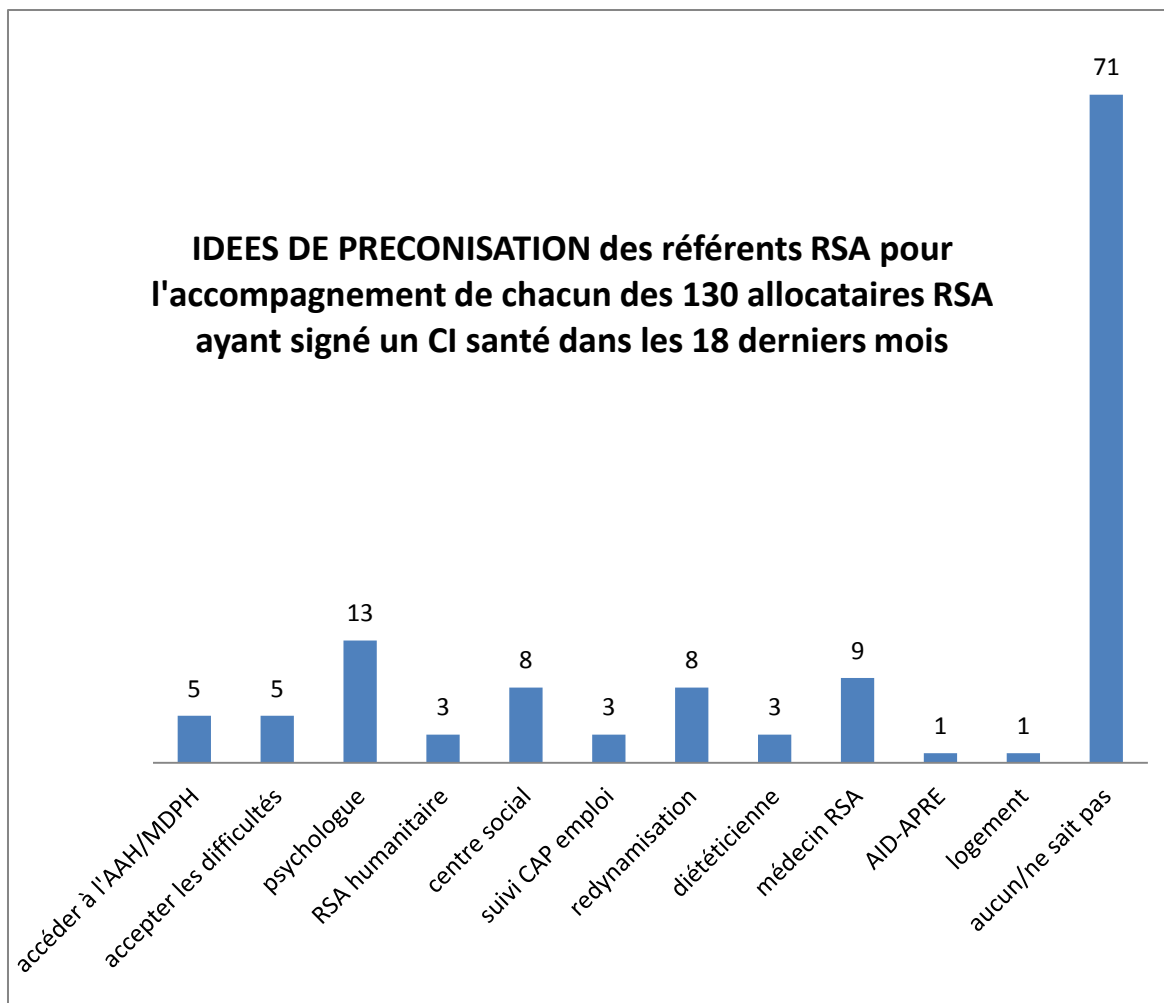


Les 2/3 des CI étudiés comportaient un objectif secondaire. Ceux-là sont peu tournés vers l'emploi. Si c'est le cas, ils sont s'engagent plutôt comme auto-entrepreneurs, généralement en vente ambulante ou ferrailleur. Majoritairement, le second objectif est un nouveau frein à l'insertion venant répondre à une problématique de logement. Plus de la moitié des objectifs conduisent à des démarches administratives à effectuer (ouverture de droit ou dossier MDPH). Comme je l'ai expliqué dans la démarche méthodologique, en fin de questionnaire, je demandais aux référents quels étaient selon eux les freins majeurs à l'insertion et ce qu'ils préconisaient comme solutions. Voici ce que donne le dépouillement :



A la récupération des questionnaires, mes collègues m'ont massivement renvoyé que pour elles, il y avait de 2 types d'allocataires qui avaient des problèmes de santé : les vrais, et les « faux ». C'est sans doute pour cela qu'il n'y a pas d'explication de frein pour près de la moitié d'entre eux. Pour certains, l'objectif santé était une réalité de leur quotidien comme frein réel à l'emploi, et pour d'autres c'était un alibi qui cachait une revendication à un minimum vital de plein droit, ou un cumul de frein sociaux (âge, qualification, mobilité), une envie d'oisiveté, ou de cumuler ce revenu avec une rémunération parallèle non déclarée.

Cela peut expliquer pourquoi les référents ont très peu de solutions nouvelles à proposer. Néanmoins, il est inquiétant de constater qu'à la question posée : Que préconisez-vous pour aider cet allocataire ? Plus de la moitié des référents ne savent pas ou n'ont pas de solution. Les travailleurs sociaux sont-ils indifférents, résignés par cette absence de perspective de changement ? Croient-ils encore en l'accompagnement social dans le référencement RSA ? Quelle utilité voient-ils à la contractualisation?



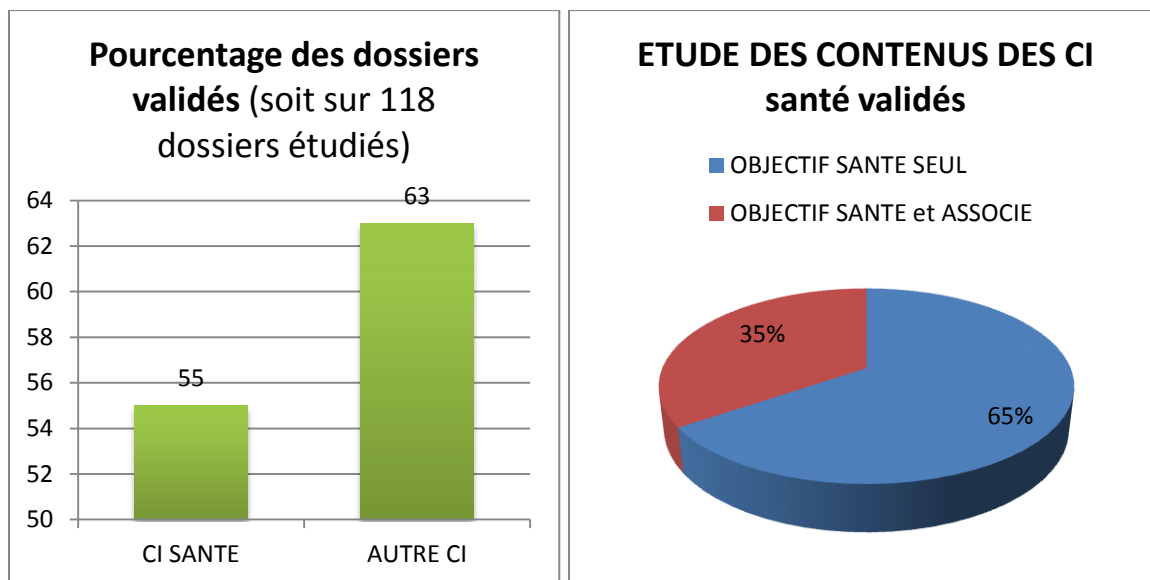
Une partie de ces réponses me permettra plus tard de construire les grilles d'entretien avec les travailleurs sociaux pour explorer cette dimension de mon sujet.

Ces statistiques posent la question de la précarité en lien à la santé. Devient-on encore plus fragile sur le plan sanitaire lorsque l'on bénéficie d'un minimum social ? Ou est-ce parce qu'on est dans une situation médicale délicate qu'on devient allocataire du RSA ? Finalement nous nous repons ici la question, le RSA rend-t-il malade ? Le RSA favoriserait néanmoins pour une partie de la population l'engrenage du cumul de freins au retour à l'emploi.

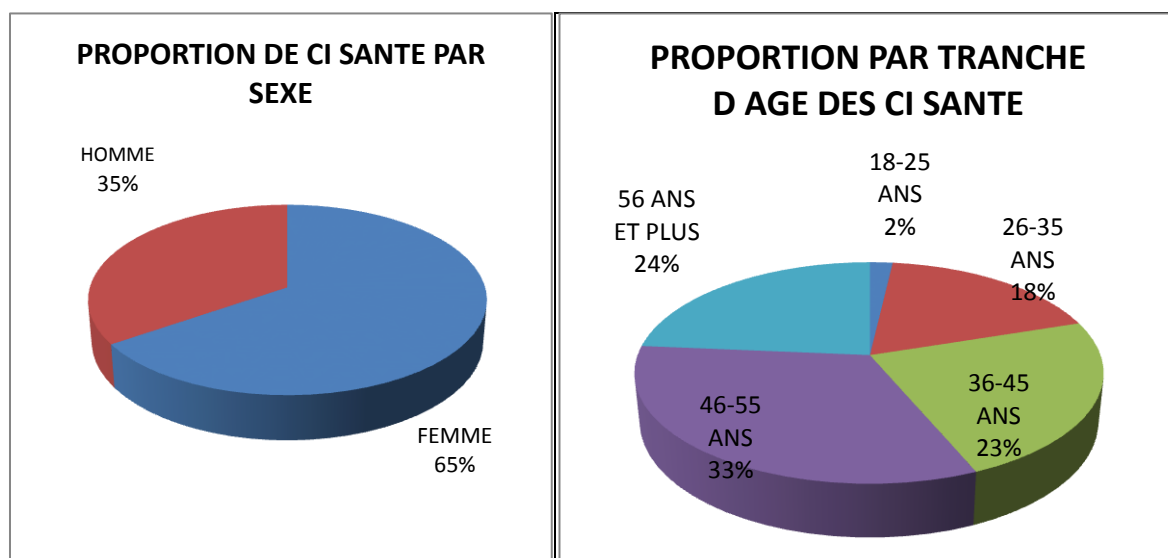
L'étude papier des contrats d'insertion m'a apporté un autre éclairage pour comprendre ce qui se joue dans la contractualisation pour l'allocataire et ce qui est acceptable pour le référent et son institution qui valide le contrat. Rappelons que sur Pertuis les contrats dits simples sont validés par les responsables et ne sont pas étudiés par le service insertion à Avignon. La direction n'a donc aucune visibilité de ce type de validation (qui ne passe pas en commission) d'autant plus qu'il n'existe pas d'observatoire départemental qui étudie ce travail avec les usagers pour l'instant. Par extension, cela peut expliquer pourquoi je ne suis pas parvenue non plus à obtenir des données nationales sur les contrats d'insertion. Chaque

département a son propre fonctionnement et l'observatoire national sur le RSA n'a pas ou ne demande pas les remontées de tous les départements sur ce point particulier.

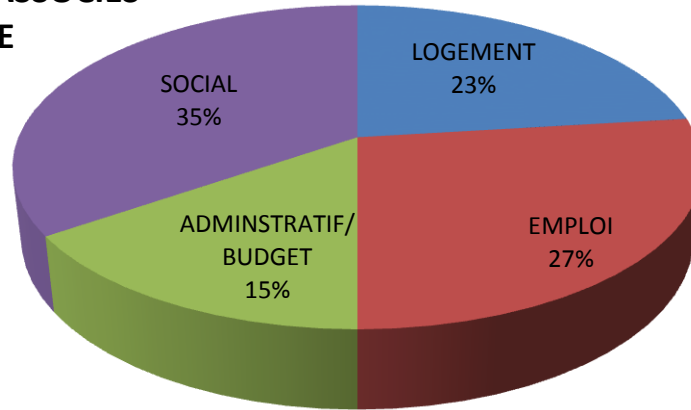
Le bilan de l'étude pertuisienne durant un trimestre 2016 concerne, on l'a dit, 118 contrats d'insertion validés au cours de 8 commissions par nos responsables de CMS. 45 %, soit 55 dossiers comportent un objectif santé.



On retrouve que plus de femmes que d'hommes sont concernés par cet option d'objectif, et que la moyenne d'âge est de 48 ans. La santé est l'objectif unique pour 2/3 d'entre eux.



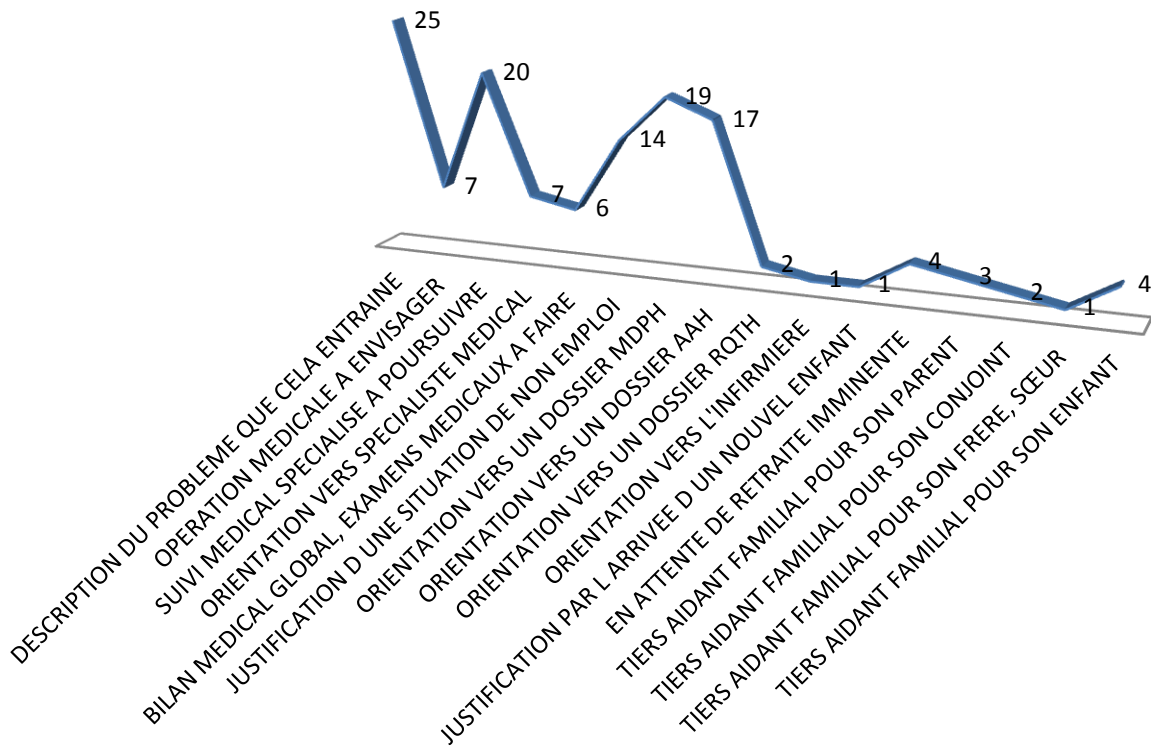
AUTRES OBJECTIFS ASSOCIES AU CI SANTE



Nous retrouvons sensiblement les mêmes données que précédemment. Par contre, cette observation met en lumière les arguments qui motivent l'objectif santé. L'étude des contenus de ces contrats d'insertion validés montre que les objectifs sont justifiés par :

JUSTIFICATION DES OBJECTIFS SANTE

■ NBRE DE DOSSIER PAR CATEGORIE



Ce graphique montre que le travailleur social est soucieux d'expliquer les raisons médicales qui empêchent la reprise d'emploi. Pourtant, l'exercice est complexe et périlleux, car le référent est tenu par le secret professionnel et il ne doit révéler aucun diagnostic médical ni préciser la spécialité du médecin compétant. Donc, le référent évoque la gravité en fonction des zones anatomiques, organes vitaux, durée d'hospitalisation, intensité du traitement ou examens envisagés. Sinon il procède par périphrase ou détaille les handicaps causés par la maladie. *"...son état de santé n'est donc pas consolidé, et il bénéficie de soins et de contrôle médicaux réguliers. Il lui est donc difficile d'envisager..."* ou bien *" Il n'a pas été retenu à la maison des métiers et du patrimoine, car sa santé était trop fragile. Il n'est pourtant pas éligible à l'AAH. Mr va se faire opérer en mars 2016 et continue son traitement. En fonction, un dossier MDPH sera à nouveau déposé."*

A la lecture de l'ensemble des éléments recueillis, je n'ai pas trouvé cela si "vide" que je m'y attendais ou corroborant la réputation qui est parfois prêtée aux contenus des contrats d'insertion. Le travailleur social s'attache à individualiser chaque contrat permettant au décideur de se faire une photographie de la situation globale au moment T.

Les dossiers auprès de la MDPH, et les suivis médicaux sont les démarches les plus courantes. Néanmoins, on voit apparaître dans 10 dossiers que la santé est mise en avant afin de soutenir un tiers de la famille. Cela n'était jamais apparu dans les diagnostics ou bilans.

A travers les questionnaires et l'étude détaillée des contrats d'insertion du CMS de Pertuis, nous apparaît une population fragile qui connaît une situation de pauvreté depuis longtemps. Plusieurs auteurs ont étudié les effets de la précarité et les manifestations des signes de sentiment d'exclusion. Nous tenterons ci-après d'illustrer par les entretiens semi-directifs, les concepts rencontrés au cours de mes lectures.

C- Manifestation de signes de sentiment d'exclusion

Le public concerné par cette étude (les allocataires du RSA socle) est exclu du monde du travail à un point tel que son exclusion est un processus de mise à l'écart vis-à-vis du reste de la société. Plusieurs sociologues ont étudié les phénomènes d'exclusion. Nous aborderons 3 approches complémentaires : la désaffiliation, la disqualification, la désinsertion.

1) La désaffiliation sociale

Nous verrons qu'en fonction des individus, la désaffiliation est plus ou moins forte car l'absence d'emploi peut se corrélérer à d'autres pertes de liens sociaux. Nous appellerons la désaffiliation le processus qui correspond à la dissolution du lien social en raison de l'absence

de travail conduisant jusqu'à l'isolement. Le lien social désigne l'ensemble des relations qui unissent des individus faisant part d'un même groupe social et /ou qui établissent des règles sociales entre individus ou groupes sociaux différents.

Le chef de fil de ce concept est R. Castel. Il part du constat qu'il y a toujours eu dans nos sociétés des pauvres et des exclus dont certains étaient perçus comme une menace pour la cohésion sociale. C'est pour cela qu'ils sont pris en charge par une institution. *"Ce n'est pas la pauvreté qui fait question et qui mobilise les interventions sociales. C'est l'exigence d'une misère dépendante qui exige qu'on s'en occupe"*⁴⁹.

Il base son concept sur l'étude du traitement des plus démunis au fil de l'histoire en France et en Angleterre. Sa théorie de la désaffiliation caractérise un processus de rupture du lien social que vivent les plus démunis que l'on observe sur deux axes.

- un axe d'intégration / non intégration par **le travail** qui va de l'emploi stable à l'absence complète de travail en passant toutes les formes d'emplois précaires.

- un axe d'insertion / non insertion dans une **sociabilité socio familiale** qui va de l'inscription dans des réseaux solides de sociabilité (famille, école, amis) à un isolement total.

A partir de ces deux axes l'auteur définit 4 types de positions des individus.

- **la zone d'intégration** signifie que l'on dispose d'un travail permanent qui nous permet de mobiliser des supports relationnels solides.

- **la zone de vulnérabilité** associe la précarité du travail avec les fragilités relationnelles.

- **la zone de l'assistance** se distingue dans la mesure où l'aide apportée est déjà synonyme d'un minimum d'intégration.

- **la zone de désaffiliation** conjugue absence de travail et isolement social.

R. Castel précise ensuite la porosité des frontières d'une zone à l'autre. Mais la sphère travail paraît être la plus décisive. L'insertion professionnelle place l'individu dans un système d'interdépendance, d'autosuffisance financière et lui donne une utilité sociale, alors que l'insertion sociale seule est moins essentielle.

Une fois encore, cet auteur montre à quel point la cohésion sociale est basée sur le rôle majeur du travail. Comment existe-t-on socialement lorsque l'on en est dépourvu ?

Au cours des 13 entretiens avec les allocataires du CMS de Pertuis qui ont accepté d'être interviewés, je leur ai demandé quel sentiment faisait naître chez eux le fait d'être au RSA. Voici ce qui est revenu majoritairement dans les discours. J'ai repéré combien de fois revenait la même opinion (1 personne pouvant formuler plusieurs idées) :

⁴⁹ CASTEL R, 1995, **Les métamorphoses de la question sociale**, Gallimard

- le RSA ça aide : 6 / 13
- absence de reconnaissance / perte de confiance en soi /déclassement : 10 / 13
- solitude, ennui, entre soi réduit : 6 / 13
- cumul des problèmes au RSA : 6 / 13
- être désigné comme profiteur / distance avec le reste de la société : 7 / 13
- sentiment d'inutilité : 6 /13

Comme l'indique la théorie développée par R. Castel, on repère finalement qu'il y plus d'inconvénients que d'avantages à être au RSA. Le public interrogé a conscience qu'il est dans une zone d'assistance, car sans le RSA il vivrait plus difficilement mais qu'en même temps il est très proche d'une zone de désaffiliation, car le sentiment d'isolement apparaît très nettement dans les discours. Ces allocataires indiquent que plus longue est la présence dans le dispositif, plus les relations sociales s'étiolent et se ressemblent. Mr G déclare " *les gens au RSA fréquentent des gens au RSA*". Mr S dit "*La journée est longue, je suis seul. Maintenant j'ai peur de rencontrer des gens*". J'ai pu repérer que les personnes qui appartenait à une communauté culturelle (ex / gens du voyage), a un réseau familial ou amical dense, à une communauté religieuse manifestaient moins ce sentiment de désaffiliation car le second axe de sociabilité leur éviter de tomber dans l'exclusion.

2) La disqualification sociale

Le sentiment d'un statut dévalorisé participe à la construction d'une identité négative et conduit à ce que l'on nomme la disqualification sociale.

Ce concept a été étudié par le sociologue S.Paugam. Pour lui, la disqualification sociale, c'est "*le discrédit de ceux dont on peut dire qu'ils ne participent pas pleinement à la vie sociale*"⁵⁰. Il s'intéresse au vécu des bénéficiaires de l'assistance en particulier aux allocataires RSA dans une région bretonne.

Il montre "*comment des individus discrédités parviennent à résister au stigmatisme en essayant de retourner au moins partiellement et symboliquement le sens de leur infériorité sociale et de leurs échecs*". Il repère dans son étude que le recours à l'assistance est une épreuve humiliante et dégradante, affectant ainsi l'identité même des personnes. Il analyse aussi que les travailleurs sociaux imposent leur propre système de valeur et qu'en retour les bénéficiaires participent à la définition de leur statut social en refusant ou négociant leur situation. C'est

⁵⁰ S. PAUGAM *La disqualification sociale* PUF 1991

ainsi qu'il parvient à distinguer quatre situations différentes en fonction du degré de prise en charge institutionnelle :

- **les assurés** : Ils ne bénéficient d'aucune aide sociale. Les liens sociaux sont forts, stabilisés et intériorisés. Ici, le phénomène de disqualification n'a pas eu d'effet sur d'autres liens sociaux.

- **les fragiles** : Ils bénéficient d'une intervention sociale ponctuelle. Leurs liens sociaux sont non rompus mais incertains. Il s'agit du premier stade vers l'épreuve du déclassement social. Selon l'auteur " *les personnes qui font cette expérience ne souhaitent pas être considérées comme des assistés. Elles multiplient les démarches pour accéder à un meilleur statut social*"⁷.

- **les assistés** : Ils font l'objet d'un suivi social régulier. A ce stade, les liens sociaux sont partiellement rompus. La famille ou les pairs ne suffisent plus à prendre en charge régulièrement les difficultés rencontrées par ces personnes. Les services de l'action sociale viennent compenser cette perte de protection.

- **les marginaux** : Ils se situent à l'écart de l'accompagnement social. C'est le dernier stade de la disqualification pour S. Paugam, puisque l'ensemble des liens sociaux sont rompus de manière cumulative.

De fait, nos allocataires en référencement se situent dans la catégorie "assistés", car ils sont loin d'une reprise d'emploi, et sont tenus de voir les travailleurs sociaux s'ils veulent continuer à percevoir leur minimum vital. Néanmoins on voit s'opérer des changements de statut positifs à travers une sortie du dispositif, mais également un glissement vers la marginalité surtout auprès du public SDF.

Dans ce concept, il est intéressant de s'attarder sur le processus d'exclusion qui va de l'espoir de changement vers la résignation. Ce processus fait évoluer l'opinion des allocataires du RSA sur le système d'aide proposé par la collectivité et la politique en général. Au cours des entretiens, j'ai pu mesurer l'amertume de certains vis à vis du gouvernement et des dirigeants politiques. Pourtant ils ne s'en désintéressent pas car 10 sur les 13 interrogés m'ont dit qu'ils avaient voté dans les 3 dernières années. Voici globalement ce qui ressort de leur représentation de notre système politique :

- sentiment que les politiques ne veulent pas les inclure et les aider : 12 /13
- préférence de l'Etat pour d'autres communautés : 6 /13
- ne comprennent pas ou ne s'intéressent pas à la politique : 5 / 13
- sentiment que les politiques ne comprennent pas leur misère : 6 / 13
- déclare avoir confiance en la politique : 2 / 13
- sentiment que les politiques se consacrent exclusivement à leurs enjeux de pouvoir : 8 /13

C'est une vision peu chargée d'espoir. On repère bien ce sentiment d'incompréhension et de distance sociale entre l'allocataire et les élus renforçant la disqualification nommée par S. Paugam.

Ce sentiment de disqualification s'est vérifié aussi à travers la représentation de ces allocataires sur la fonction du service insertion. Comme si plus on s'éloignait du connu, du local, plus c'était potentiellement risqué et vécu négativement.

- méconnaissance de ce service : 4 /13
- service qui a une fonction de contrôle : 9 /13
- n'ont pas assez de moyens pour fonctionner : 6/13
- sentiment d'être persécuté ou incompris vis à vis de leur santé : 6 /13
- propose des conseils, des solutions : 1/ 13
- sentiment de ne pas avoir été aidé : 4 /13

De la même manière, j'ai demandé aux travailleurs sociaux quels étaient les liens, ou les représentations des allocataires sur le service insertion et les politiques publiques. Le prochain tableau corrobore le précédent :

- distance entre politiques publiques / allocataires : 6 / 11
- les allocataires ne savent pas ce qu'est le service insertion : 7 / 11
- politiques publiques pensent que les allocataires sont des fainéants : 2 /11
- le service insertion est vécu comme une instance de contrôle : 6/11
- le contrat d'insertion n'a pas de sens pour les allocataires : 6/11

3) La désinsertion sociale

Les travaux des sociologues V. de Galejec et d'I. Taboada Léonetti mettent en évidence le processus d'exclusion qui conduit à la désinsertion. Cette notion met l'accent sur le caractère dynamique du vécu d'une personne qui d'une situation favorable glisse vers une situation démunie, d'une identité positive vers une identité négative.

Ils ont repéré différents stades dans le processus : la résistance, l'adaptation, l'installation. Ils posent l'idée de départ que l'exclusion est l'inverse de l'intégration.

Ils recherchent les facteurs à l'origine de la désinsertion et repèrent : la dimension économique et professionnelle, (niveau de vie et insertion dans le monde du travail), la dimension sociale et relationnelle (affaiblissement ou rupture des échanges), et la dimension symbolique et normative. Le dernier facteur est novateur par rapport aux 2 précédents concepts puisque l'approche de l'exclusion symbolique est vue en termes d'utilité sociale. Ils en dégagent deux éléments importants :

- **le rôle du système normatif** en fonction duquel la société évalue cette utilité, c'est à dire ne pas suivre ces normes peut signifier rejet, stigmatisation, dévalorisation.

- **le rôle des phénomènes identitaires et de la subjectivité des acteurs.** Les auteurs insistent sur le fait que l'exclusion symbolique met en cause l'identité de l'individu, sa dignité auquel l'individu réagit soit par le retrait suscité par la honte de soi, soit par la résignation ou la révolte.

Lorsqu'en entretien avec les référents, j'ai demandé quelles étaient leurs intentions en contractualisant un objectif autour de la santé. Ils m'ont répondu :

- inciter les personnes à prendre leur santé au sérieux : 10 / 11
- permettre de poursuivre la perception du RSA : 1 / 11
- reconnaître une "bobologie" qui cache d'autres freins psycho/sociaux : 8 / 10
- orienter vers la MDPH : 10 / 11
- les faire patienter avant la retraite : 1/11

Les deux sociologues parlent "*d'idéal de moi social*"⁵¹. Ils ont repéré "*l'existence d'une faille personnelle intérieure à la rupture sociale, d'une fragilité relationnelle réactivée par les difficultés économiques et professionnelles*" qui expliquerait les situations d'exclusion.

Au cours de ma recherche de terrain, j'ai pu repérer la place du système normatif souligné par ces auteurs dans le rôle du travail. Notamment c'est en essayant de comprendre quels avantages et inconvénients ces allocataires avaient à contractualiser autour de la santé que j'ai compris que ce raisonnement s'y opérait par référence au modèle standard du travail. C'est d'ailleurs le sens de la loi, et le principe même de la contrepartie pensée dans le RSA.

C'est à partir de là que j'ai réalisé à quel point notre société contemporaine avait basé notre utilité au monde qu'à travers le travail. Provoquant finalement une standardisation des discours, voir favorisant les ruptures sociales entre ceux qui ont un métier et ceux qui n'en

⁵¹ V de GAULEAC et I. TABOADA LEONETTI *Honte et pauvreté - Déchéance sociale et processus d'insertion*
Rapport de recherche pour la CNAF, 1992

n'ont pas. Mais face à la rareté de l'emploi, comment peut-on tous se sentir inclus et utile à la société ? La loi sur le RSA ne devrait-elle pas faire évoluer la contrepartie à travers d'autres axes que le travail ?

Ces trois concepts mettent en commun que l'exclusion est un processus qui ne peut s'appréhender dans sa seule dimension économique, mais qui concerne également la sphère relationnelle et la sphère identitaire. Les allocataires RSA suivis par les référents du CMS de Pertuis sont pour certains exposés à ces risques d'exclusion. Ceux qui sont sans réseau familial ou communautaire sont davantage touchés par ce phénomène. Nous allons voir dans la prochaine partie comment la précarité et ce sentiment d'exclusion sont à la fois la cause et la conséquence d'une dégradation de l'état physique et psychique des allocataires.

D - situation de santé des allocataires RSA

La santé se définit comme l'annonce le préambule de 1946 de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé comme " *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*". Cette approche présente une convergence des notions d'autonomie et de bien-être qui sont deux approches fondatrices du travail social.

Lorsqu'une personne est depuis longtemps dans la pauvreté qu'est-ce que cela implique pour son état physique et mental ? Les problèmes de santé conduisent-ils à la pauvreté, ou la pauvreté conduit-elle à des problèmes de santé ? Le motif d'accompagnement à la santé dans un contrat d'insertion est-il un prétexte pour éviter de s'insérer professionnellement, ou bien est-ce un moment majeur permettant à l'allocataire de s'exprimer sur l'intensité de sa souffrance médicale ?

1- Des inégalités sociales de santé

Que ce soit au niveau mondial, national ou local, la nature a fait des différences de santé entre les hommes. La disparité biologique a été reprise par nos sociétés en hiérarchisant les états de santé, ce qui est à l'origine des inégalités sociales de santé. Les personnes à haut statut social ont de meilleurs indicateurs de santé que ceux qui ont un statut inférieur. Les plus précaires représentent la partie la plus visible de ces inégalités.

Par exemple, si l'on prend les indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance, elle a progressé en France, mais l'on observe une différence de 7 années en moins pour un ouvrier comparé à la vie d'un cadre. Les disparités de santé entre différents groupes interpellent directement la cohésion sociale et des recherches montrent une corrélation forte entre état de

santé d'une population et son groupe social de référence. Les dimensions sociologiques telles que le capital social, le statut professionnel, l'entourage environnemental, l'autonomie, seraient à prendre en compte pour comprendre les inégalités de santé.

La situation de l'état de Kérala en Inde l'illustre bien. Ce pays du tiers monde a un faible Produit National Brut, mais sa forte redistribution et surtout sa cohésion sociale importante (pour des raisons culturelles et religieuses) permet aux pauvres d'atteindre des indicateurs de santé équivalents à ceux des pays industrialisés.

Le rapport⁵² de l'Agence Régionale de Santé sur les inégalités sociales montre que les déterminants de la santé se construisent dès l'enfance. Les conditions socio-économiques et leur parcours de vie seraient à l'origine de ces inégalités. Dès l'enfance les conditions de vie, les qualités de logement, d'éducation et de liens sociaux seraient déterminants sur l'état de santé à venir des personnes. Par exemple, le taux de mortalité prématuré chez les hommes sans diplôme est multiplié par 2,5 par rapport aux cadres supérieurs. On relève aussi que le taux de mortalité est multiplié par 2,7 sur une période de 5 ans pour les hommes qui viennent d'entrer au chômage. Le rapport illustre comment les inégalités sociales de santé sont déterminées par 4 interactions différentes allant du plus au moins prégnant :

"- les caractéristiques biologiques des individus

- les comportements et styles de vie personnels

- les facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail à l'accès aux services essentiels

- les conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société"

Aussi l'ARS met en lumière dans cette étude que les territoires n'offrent pas les mêmes situations de santé. Les situations régionales sont différentes en matière de santé environnementales. Les zones polluées contraignent les habitants à davantage de pathologies respiratoires, allergiques et cardiaques. Des études récentes montrent une corrélation entre les revenus des ménages et le fait d'habiter à proximité d'installations industrielles polluantes.

Pourtant la France est réputée pour avoir l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Aujourd'hui l'accroissement de la participation financière des ménages aggrave pour certains les inégalités d'accès aux soins. La prévention joue un rôle déterminant dans la réduction des inégalités de santé. Les travaux de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés et de la DREES montrent que les bénéficiaires de la CMU et de la

⁵² BASSET B. Agences Régionales de Santé et inégalités sociales de santé, INPES 2008

CMUC ont des dépenses de santé plus élevées que les autres bénéficiaires de l'Assurance maladie du seul fait de leur état de santé.

Dans le livre "Les exclus, un français sur dix", paru en 1974, l'auteur définit l'exclusion sociale comme "*un processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et des modes de vie dominants dans une société donnée.*"⁵³

Pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale les quatre indicateurs⁵⁴ pour appréhender l'exclusion sociale sont :

- le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières
- le taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'études
- le taux de demandeurs d'emplois non indemnisés
- la part des demandes de logement social non satisfaites après un an

La définition de la précarité par l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion en 2000 est : "*La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité de situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même des ressources du moment*"^{ibid}.

2- Quelles sont les conditions de vie des personnes qui perçoivent le RSA ?

Vivre uniquement des minima sociaux s'apparente à se priver et se confronter à des difficultés financières. Etre pauvre en condition de vie se mesure à travers le calcul de la part des personnes d'un échantillon donné qui réunissent au moins 2 difficultés sociales sur 4 telles que : les contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation, difficultés liées au logement. Les allocataires du RSA socle sont les plus affectés de tous les bénéficiaires des minima sociaux : ils ont un taux de pauvreté en condition de vie de 67% d'après l'enquête sur l'année 2012 réalisée par la DREES⁵⁵. Un bénéficiaire du RSA socle a plus de risque d'être pauvre en conditions de vie que les autres bénéficiaires des prestations, cela en raison que le revenu disponible de cet allocataire reste très inférieur aux autres.

Ces bénéficiaires cumulent plusieurs difficultés : ils appartiennent plus fréquemment à un ménage d'au moins trois enfants, mais sans autres apports de ressource. Ils sont rarement propriétaire de leur logement et n'ont pas d'épargne. Ceux qui sont locataires dans le secteur privé sont susceptibles de subir une plus grande forme de pauvreté en cumulant des problématiques de mal logement aigu.

⁵³ Lenoir R, *Les exclus, un français sur dix*, édition le Seuil 1974 p 11

⁵⁴ onpes.gouv.fr consulté le 12/04/2016

⁵⁵ ISEL A. DREES *Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012: privations et difficultés financières* Etudes et Résultats n°871, février 2014

Les restrictions de consommations sont très courantes chez les bénéficiaires du RSA socle. 44% des allocataires RSA socle déclarent ne pas pouvoir manger de protéines plus de 3 fois par semaine. 24% disent ne pas avoir pris de repas complet par manque d'argent durant les 2 dernières semaines. Alors, ils ont recours à des aides informelles ou en nature dans le domaine de l'alimentation. 22% des allocataires du RSA bénéficient d'aides alimentaires de l'entourage surtout lorsqu'il y a présence d'enfants dans le foyer, et 9% bénéficient de distribution alimentaire. L'enquête révèle qu'en milieu rural 12% des allocataires RSA ont recours à leurs propres productions alimentaires.

Vivre du RSA serait également synonyme de privation de soins. 1/4 des bénéficiaires du RSA déclarent être en mauvaise santé et 23 % d'entre eux auraient renoncé à une consultation médicale au cours de la dernière année. Les problèmes de santé de ce public sont à prendre à un double sens d'après la DREES : les problèmes de conditions de vie génèrent des difficultés médicales, ce qui crée un surcroît de dépenses difficile à couvrir pour atteindre de meilleures conditions d'existence. Ce phénomène renforce le sentiment de vulnérabilité pouvant expliquer qu'un tiers des allocataires du RSA déclarent en 2012 être en détresse psychologique. Ce sont les femmes qui sont le plus touchés (39% d'entre elles).

Les bénéficiaires du RSA socle sont également plus contraints budgétairement que le reste de la population. 30% sont en découvert bancaire au moins une fois par mois. L'entourage permet d'atténuer ces problèmes surtout dans les domaines du logement et de l'alimentation. Les allocataires RSA socle empruntent à leurs amis alors que 47% des allocataires RSA majoré déclarent avoir bénéficié de prêt de la part de la famille. Pourtant ils ne fréquentent pas régulièrement leurs familles et 17% déclarent souffrir de cet isolement. Les autres types de prêts sont moins fréquents car un bénéficiaire sur cinq a vu sa demande de crédit refusée par la banque ou l'organisme social au cours de la dernière année. 7% des allocataires RSA ont déposé un dossier de surendettement au cours des 12 derniers mois. Les factures impayées concernent un allocataire sur cinq surtout sur les postes d'énergie (8% ont eu une coupure d'électricité dans l'année) ou le paiement des impôts (30%).

Un quart des bénéficiaires du RSA socle connaissent des difficultés de logement en particulier de surpeuplement et d'absences sanitaires de base. Ceux qui vivent à Paris ou en milieu urbain sont les plus mal lotis et rognent sur leur budget équipement. 4 bénéficiaires sur 10 ne disposent pas de nouveaux moyens de communication et d'accès à l'information en ligne. 56% n'ont pas de véhicules sauf en milieu rural où le taux est de 20% car ils n'ont pas d'autres alternatives pour se déplacer (logement trop éloigné des pôles d'emploi ou d'administrations et absence de transport collectif).

Etre au RSA, c'est être plus vulnérable aux privations alimentaires et médicales, et être contraint sur le plan budgétaire. Lorsque l'allocataire peut compter sur son entourage, cela atténue l'état de pauvreté.

Au cours du travail de recherche, tous les allocataires interrogés m'ont dit qu'il était difficile de vivre seulement du RSA et qu'ils devaient tout compter. Aucun n'épargne. Néanmoins, ils reconnaissent que grâce au dispositif, ils bénéficient de la CMU et que dans leur cas, cela limite l'aggravation de leur état de santé. Sans cette prise en charge, ils ne pourraient se soigner. L'un d'eux, Mr BC explique très bien le lien entre pauvreté et dégradation médicale. *"Le problème est que le RSA est un cercle vicieux, au niveau de la santé, parce que le RSA entraîne des problèmes de santé, quand on vit avec 450 euros par mois, on peut plus se nourrir. Donc déjà quand on ne se nourrit pas correctement, y'a toute les conséquences que cela entraîne : entre autres, la malnutrition entraîne la déminéralisation. Monsieur Hollande appelle les pauvres les "sans dents", c'est la première chose qu'on perd, moi j'en ai perdu 12 en 5 ans"*.

3- La santé des allocataires du RSA

Il nous paraît important compte tenu de notre sujet d'approfondir la situation de santé de ce public. Un rapport de la DREES intitulé "état de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI" révèle que près de la moitié des allocataires déclarent au bout d'un an de dispositif avoir *"des problèmes de santé ou éprouver des gênes dans leur vie quotidienne"*⁵⁶. La proportion tombe à 20% pour ceux qui ont retrouvé un emploi durant l'année. L'étude montre une corrélation certaine entre la durée dans le dispositif et l'état de santé. On peut bien évidemment évoquer le vieillissement naturel de la population, mais le sentiment sur les conditions de vie et l'avenir jouerait sur le moral et la motivation des allocataires. 75% des personnes qui sont sorties du dispositif pour un emploi sont optimistes sur l'avenir et considèrent que leur état de santé s'est amélioré. La santé serait donc d'une part objective mais aussi relative.

Plus récemment, la DREES a publié un rapport sur "l'état de santé et le renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA". L'étude révèle que les allocataires sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population. *"Moins de 60 % se déclarent en bonne ou très bonne santé contre près de 80 % parmi l'ensemble des 18-25 ans. De même, ils déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de problèmes de santé"*

⁵⁶ AFSA C., *Etat de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI*. DREES - N°7 février 1999

mentale : la part des bénéficiaires du RSA qui présentent une détresse psychologique est particulièrement élevée, 36 % contre 14 % dans le reste de la population".⁵⁷

Le rapport précise également que le faible niveau de diplômes et une consommation intensive de tabac pénalisent la santé perçue. L'ancienneté dans le dispositif paraît être aussi un facteur à prendre en compte dans l'appréciation de leur propre santé. Les allocataires du RSA socle se considèrent 2 fois plus malades que le reste des allocataires RSA et quatre fois plus que l'ensemble de la population du même âge.

L'étude met en évidence qu'ils connaissent surtout une plus grande fragilité psychologique que le reste de la population. Les allocataires les moins insérés professionnellement sont davantage touchés, en particulier s'il s'agit de femmes, isolées familialement et consommant intensément du tabac.

Enfin, l'enquête révèle que 8% des bénéficiaires du RSA n'ont pas de complémentaire santé (forte proportion chez les allocataires RSA activité) soit parce qu'ils l'ignorent soit le plus majoritairement parce qu'ils pensent qu'ils n'y ont pas droit. Pourtant, plus de 3 allocataires du RSA sur 4 bénéficient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire pour avoir une protection médicale complète. Néanmoins, 18% du public sondé a renoncé à se rendre à une consultation chez un médecin au cours de la dernière année et 27% n'ont pas fait de soins dentaires alors qu'ils en avaient besoin. Ces non recours sont plus fréquents pour ceux qui ne bénéficient pas de la CMUC, mais la mauvaise perception de sa santé ou l'absence de liens familiaux fréquents, figurent aussi comme déterminants à renoncer aux soins.

La dimension psychologique apparaît donc déterminante dans l'approche du concept santé pour comprendre le RSA.

Au cours de l'enquête de terrain j'ai demandé aux 13 allocataires RSA interviewés quels étaient les avantages à avoir signé un contrat d'insertion à visée santé. Voici le bilan des réponses :

- ne pas être obligé de travailler : 6 / 13
- ne pas avoir à se justifier : 5 / 13
- continuer à avoir un minimum pour vivre : 8 / 13
- seule solution en cas de refus de l'AAH : 4 / 13
- pouvoir se soigner et être obligé de s'occuper de soi : 15 / 13 (certains ont repris plusieurs fois ce discours)

Les interviews montrent que la précarité ne favorise pas la prise en compte de son état de santé. Comme s'il s'établissait sur la durée une distanciation entre l'allocataire et sa santé.

⁵⁷ MOISY M., *Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA*. DREES - n°882 juin 2014

J'ai posé la même question à leurs référents RSA. Les réponses sont proportionnellement assez identiques.

- permet de justifier une situation de non emploi : 4 /11
- continuer à percevoir le RSA : 8 /11
- tranquillité vis à vis du système : 2 /11
- être reconnu dans son mal être : 4 / 11
- se soigner : 7 / 11

Dans le discours entre négociateurs du contrat (réfèrent/allocataire) le contrat d'insertion à visée santé permettrait de faire un focus sur soi et de favoriser les soins nécessaires à l'amélioration de la situation. Il s'agit d'une opportunité pour certaines de se poser la question "comment je vais ?".

Aujourd'hui, élus locaux, médecins, travailleurs sociaux et bénévoles associatifs partagent le même diagnostic : la souffrance psychique des personnes précarisées. L'insertion est confrontée à la prise en compte du soin. C'est à partir des années 90 que l'état de santé est repéré comme étant un frein à l'insertion. Les intervenants sociaux évoquent que la lutte contre l'exclusion passe par la reconnaissance de la souffrance des personnes.

A. Honneth⁵⁸ s'est intéressé à la souffrance psychique qu'implique l'absence de reconnaissance encore plus particulièrement pour ceux qui ne travaillent pas.

Pour le philosophe, l'image que chacun a de soi, de ses capacités et de ses qualités dépend du regard d'autrui. Il distingue 3 principes de reconnaissance qui correspondent à des sphères sociales dans nos sociétés modernes qui légitiment chacun d'entre nous.

- **le principe de l'amour dans la sphère de l'intimité.** Il s'agit des rapports affectifs amoureux, amicaux et familiaux permettant d'accéder à la confiance en soi.

- **le principe de la solidarité dans la sphère de la collectivité.** Il s'agit de se sentir utile et considéré en apportant sa contribution, notamment par le travail afin d'accéder au sentiment d'estime de soi.

Parmi le public qui nous intéresse, nous pouvons nous demander dans quelle mesure certains cumulent l'absence de reconnaissance dans les 2 sphères.

Une fois le constat d'isolement social posé, les intervenants médicaux sociaux se heurtent à la difficulté d'intervenir. Les professionnels de l'insertion témoignent de conduites soit de repli et d'évitement de certains usagers, les empêchant de demander de l'aide ou refusant l'aide proposée, soit en sollicitant tout azimut à tous les services et souvent dans l'urgence. Le

⁵⁸ HONNETH A. *Lutte pour la reconnaissance*. Sciences Humaines n°172, juin 2006

précédant tableau reprenant le discours des allocataires montre bien que c'est l'obligation contractuelle qui permet la mise en place des soins. L'un d'eux m'a dit : " *Si ma référente (infirmière) ne m'obligeait pas à aller à mes rendez-vous médicaux, j'irai pas tout seul. Je sais plus faire et ça me fait flipper*".

Enfin comme l'explique J.Ion, la relation d'aide en devient perturbée : " *la souffrance mise au cœur de la relation, met à l'épreuve la dissymétrie inaugurale entre ceux annoncés comme aidants et ceux désignés comme aidés. L'attestation d'une souffrance psychique par les aidants rend compte d'une expérience intersubjective de désordre de la relation d'aide.*"⁵⁹Le sociologue évoque que les travailleurs sociaux intervenant dans le champ de l'insertion doivent s'adapter à la personne précaire en prenant en compte sa dimension psychique associée à un parcours professionnel en panne. En particulier pour le public SDF, l'auteur estime qu'il faut devenir plus mobile pour rencontrer les personnes, changer de posture tout en tachant de rendre compte de son activité. Mais pour certains référents intervenants auprès de grands précaires, cela favorise l'éparpillement : " *Certains témoignent d'une culture du grand écart. Confrontés quasi structurellement à des problèmes de décalage culturel, ils ne savent pas toujours comment se repositionner entre différentes missions concurrentielles dont les bases sont mal définies et oscillent entre les compétences de conseillers, d'ordinateurs, de référents psychologiques, ou de soignants*"^{ibid}.

Le contrat d'insertion a pour objectif de provoquer du changement dans la vie de l'allocataire. J.Ion nous amène à réfléchir sur le dispositif RSA qui se polarise sur le fait de "se bouger". " *L'action de se bouger symbolise l'ensemble d'un processus social et psychique "total" difficilement séparable. Pris dans un questionnement sur la réversibilité de telle ou telle situation, les aidants n'ont comme critère d'appréciation sur l'avenir de la situation que les différentes manières de se bouger*"^{ibid}. Le sens donné à ce verbe d'action fait référence à la notion de progrès contemporain. Le contraire serait l'inertie. Dans le dispositif RSA, l'incapacité des usagers à se mobiliser est interprétée pour l'auteur comme une santé psychique dégradée. Il faut sortir du dispositif comme s'il y avait un dedans et un dehors. Mais n'y a-t-il pas une source de tension psychique importante dans cette injonction à l'obligation de s'en sortir ? De même, le sociologue insiste sur la connotation de "chute" dans la recherche du travailleur social à trouver l'issue pour s'en sortir. Au cours du diagnostic, il évalue la progression par rapport à son niveau inférieur recherchant l'accomplissement de l'individu. L'objectif du RSA est bien de produire du progrès social axé sur le changement. Du

⁵⁹ ION J. *Travail social et souffrance psychique*. - DUNOD 2009

point de vue clinique, l'impossibilité à se réaliser dans la vie ordinaire peut provoquer de la honte, de l'auto-exclusion et créer davantage de souffrance sociale et psychique.

Au cours des rencontres avec les allocataires interviewés, j'ai demandé quels étaient les inconvénients à signer un contrat d'insertion avec un objectif santé. Voici leurs réponses :

- il n'y a aucun inconvénient : 5 /13
- redire la même chose dans les contrats, chaque 6 mois : 5 /13
- ne pas pouvoir proposer autre chose que la santé : 7 /13
- on est obligé de vivre avec moins pour tout : 6 / 13
- sentiment de déclassement, d'être montré du doigt : 6 / 13
- parler de sa santé ravive une plaie, déprime : 4 / 13

La dimension psychique paraît importante, comme si au RSA, la vie était moins favorable pour tout. Le RSA serait vécu comme un stigmatisme creusant l'image de soi.

Ce sentiment de déclassement social se vérifie dans la dernière étude sur les minima sociaux⁶⁰. Elle révèle que les bénéficiaires qui sortent de leur dispositif pour une autre prestation sont en moins bonne santé physique et psychologique. Cela est vrai du passage de l'ASS au RSA, ou du RSA activité vers le RSA socle, mais surtout pour les personnes qui basculent vers l'AAH qui représentaient 1 sur 10 entre 2010 et 2011.

Cette seconde partie nous a permis d'appréhender le quotidien d'allocataires pertuisiens qui ont des problèmes de santé. On repère que leur situation sociale s'est progressivement dégradée, éloignée de l'emploi, ou le vécu à minima provoque des problèmes physiologiques et dans certains cas entraîne également des difficultés psychologiques. Cette approche de la réalité sociale des allocataires RSA paraît incontournable pour comprendre l'enjeu de la contractualisation. Les référents, les élus et les cadres sont conscients de la précarité de certaines de ces situations, mais ils doivent composer avec la loi et réguler le nombre de demandeurs.

Aujourd'hui le PDI de Vaucluse renforce sa volonté d'axer l'insertion des allocataires qu'à travers l'emploi. Nous avons montré la fréquence de validation d'un contrat d'insertion à visé santé, non officiel pourtant, dans cette seconde partie. Nous verrons maintenant, comment ce contrat santé vient répondre à une réalité sociale sur le territoire sud vaclusien.

⁶⁰ CABANNES P. Y et LELIEVRE M., *Minima sociaux et prestations sociales* DREES Collection études et statistiques. éditions 2016

III L'objectif santé : un compromis acceptable pour les acteurs en présence ?

Rappelons que notre problématique est basée sur l'énigme de la reconduction des contrats d'insertion à visée santé. Nous avons vu précédemment qu'ils concernaient en Sud Vaucluse un public très éloigné de l'emploi en raison de freins sociaux tels que les manques d'expérience et de qualification professionnelle, les problèmes de mobilité, ou les difficultés familiales et les situations d'isolement. Ce public est encore plus vulnérable lorsqu'un terrain médical ne favorise pas son insertion. Pour certains, leur histoire les a fatigués et ils souffrent de plusieurs maux qui les enferment dans le RSA. Pour d'autres, les longues années de précarité ont diminué leur organisme et leur envie d'insertion.

Je pense que le contrat d'insertion à visée santé est le seul objectif qui permet de tenir compte des réalités de ces allocataires, telles qu'elles sont constatées par les référents tout en répondant à la commande publique. C'est ce qui constitue mon hypothèse.

Nous verrons dans cette dernière partie pourquoi le concept de compromis est au cœur de ma recherche et en quoi l'objectif santé vient donner du sens et de l'équilibre dans le système de la contractualisation sur Pertuis.

A - Un compromis entre 3 protagonistes

Le compromis est l'art du possible.

1- Définition du compromis

Selon le Larousse, le compromis "*est une action qui implique des concessions réciproques, une transaction. Il s'agit d'un état intermédiaire, d'une transition*". Pour le dictionnaire, "*c'est une convention par laquelle les parties à un litige soumettent l'objet de celui-ci à un arbitrage*". La rencontre contractuelle entre l'allocataire et le référent est rendue obligatoire par le texte législatif et conditionne le versement du revenu minimal. Le Président du Conseil Départemental payeur et décideur est bien l'arbitre de la négociation des 2 autres protagonistes. Mais finalement les 3 sont liés....

Le concept sociologique du compromis n'est pas une simple relation de réciprocité, mais une médiation qui met en relation des positions différentes sans éléments de complémentarité entre elles. Le compromis met en cause ce qui est au fondement des rapports sociaux et les traits culturels d'une société. Ce qui reste implicite dans la transaction, c'est la vision du monde portée par chaque partie. Le compromis donne de l'explicite en constituant un élément mobilisateur. "*Le compromis est une forme sociale dont la cristallisation et la stabilisation*

s'ajuste au sens des réalités"⁶¹. Les valeurs en elles-mêmes ne sauraient faire l'objet de négociations, car par nature elles ne sont pas négociables. Ce qui fait l'objet du compromis, c'est le mode de coexistence de ces valeurs dans la société, c'est pourquoi il est toujours précaire, provisoire et révocable.

Au moment de la signature du contrat d'insertion, se jouent bien 2 visions du monde différentes. La réalité de l'allocataire et les enjeux de survie à travers l'allocation ne sont pas similaires aux obligations de la mission de référence pour le professionnel. Chacun a intérêt à s'accorder et à tenter de faire évoluer la situation initiale. Dans l'absolu, si le contrat n'est pas validé, c'est un triple échec : l'allocataire ne perçoit plus d'argent, le professionnel n'a pas répondu à sa mission d'insertion, la politique publique prend le risque d'accroître la situation de précarité d'un citoyen.

Dans l'essai épistémologique le sociologue M. Nachi montre que le compromis permet de réguler le conflit. *" Le compromis en tant que concept commun peut donc être considéré comme un mode de résolution de conflit ou plus généralement comme une forme de régulation sociale c'est à dire un moyen de maintien de la paix civique entre partenaires en situation de désaccord ou de conflit"*.⁶²

Il résume que le compromis s'associe *"au réalisme, concret, relatif, accommodant, pour s'opposer au radicalisme, idéal, absolu, intransigeant"*^{ibid}. Le propre du compromis est d'éviter les extrêmes et les formes de radicalité comme un renoncement à la solution parfaite. L'auteur conclut son article par *"Le compromis est le produit de processus contradictoires continus mais inachevés dont l'aboutissement n'est jamais prédéterminé à l'avance. Pour cette raison, la part du hasard dans la construction sociale du compromis est plus grande que celle de la nécessité. Cette indétermination est ce qui fait son originalité, mais aussi sa fragilité et son caractère inachevé. L'idée de processus perpétuel et de dynamique incessante à l'œuvre de la construction de compromis supposent sa réversibilité et font de lui une configuration en perpétuelle évolution, jamais définitive, jamais close."*^{ibid}

Finalement, le compromis éviterait la radicalité des processus de sortie sanction de nombreux allocataires RSA. Mieux vaut-il avoir une souplesse et du dialogue possible plutôt qu'appliquer l'obligation d'insertion dans un contexte de raréfaction de l'emploi ?

⁶¹BERLIN I.; *Deux conceptions de la liberté*, Eloge de la liberté, Paris Calmann-Lévy, 1990.

⁶² NACHI M. *Concept commun et concept analogique de compromis : un air de famille* - Revues sociologiques 3097

2- Explicitation de l'hypothèse

Si l'on rapproche ces définitions de notre hypothèse " **le contrat santé représente un compromis acceptable entre l'allocataire, le travailleur social et la politique publique**", il paraît important de retenir que le compromis est explicite par la formalisation du contrat, mais que les valeurs qui sous-tendent les intérêts des 3 protagonistes sont éminemment implicites. Bien évidemment, les motivations propres de l'allocataire, de la politique publique et du travailleur social ne peuvent être reconnues officiellement entre protagonistes. Chacun d'eux a intérêt à pouvoir s'appuyer sur les contrats d'insertion à visée santé, car les services insertion ne prévoient pas toutes les problématiques des usagers sur tous les territoires. Détaillons les hypothèses secondaires pour chacun des protagonistes :

-allocataire : *L'invocation des raisons de santé relève d'une stratégie plus ou moins consciente et volontaire pour exploiter une faille du système.* Face à l'injonction du pouvoir public à s'insérer professionnellement sous peine de rupture de ressource, l'allocataire voit une opportunité à évoquer ses problèmes de santé pour justifier sa situation de non emploi. C'est acceptable pour la société et permet à l'allocataire d'être reconnu sans jugement. Selon les 11 référents RSA interrogés, le CI santé est acceptable pour l'allocataire dans les 3/4 des cas pour :

- évite la sanction : 5 / 11
- reconnaissance de statut de malade : 7/11
- n'a pas d'autre choix : 4 /11

- politique publique : *Le contrat santé constitue une zone d'incertitude utile pour appliquer la mission d'insertion dans le RSA.* Face un taux de chômage élevé, l'Etat ne peut garantir un emploi pour tous. Le RSA vient garantir des conditions minimales de vie pour les personnes les plus éloignée du monde professionnel. Ceux dont on reconnaît des problèmes de santé au titre de la définition de l'OMS à travers un contrat d'insertion évitent une exclusion de fait, et restent en lien avec la société. Même s'ils ne retournent pas sur le marché de l'emploi, ils se soumettent à la contractualisation, ce qui est à minima acceptable pour l'opinion publique.

- travailleur social : *Face à une offre d'insertion insuffisante, le travailleur social propose des contrats santé par défaut.* Il est éthiquement tiraillé entre la posture humanitaire du RSA et celle de l'autonomisation de l'allocataire. Les politiques d'insertion actuelles ne proposent pas de solutions adaptées à des publics très carencés socialement et la MDPH ne peut rendre moins restrictives ses conditions à l'AAH pour des raisons financières. Le contrat d'insertion à visée santé constitue une alternative acceptable, car l'allocation est toujours versée sans qu'il y ait une injonction à s'insérer par l'emploi.

3- Résultats de la recherche : les marqueurs de compromis

Mon hypothèse est que le contrat d'insertion à visée santé est un compromis entre 3 acteurs : les décideurs, les allocataires et les travailleurs sociaux. Chacun a des raisons diverses à accepter cet objectif. Afin de valider cette hypothèse, j'ai réalisé 34 entretiens semis directifs avec les différents protagonistes autour de grandes thématiques :

- avis sur le dispositif RSA
- efficacité du RSA comme mesure d'action publique
- fonction du CI santé pour l'allocataire RSA
- vision de la mission du référent dans sa fonction d'accompagnement social

Pour l'analyse de ces données, je me suis attachée à repérer dans les 34 discours ce qui est commun et différent autour de ces thématiques. J'ai d'une part recherché s'il y avait bien des marqueurs qui montraient que le CI santé était une forme de compromis et ensuite j'ai vérifié comment ils y étaient justifiés dans chacune des thématiques.

Voici donc le tableau général des marqueurs de compromis. Suivrons dans les deux prochaines parties les tableaux thématiques visant à vérifier l'hypothèse :

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
<i>Le contrat santé existe car :</i> - pas d'autre solution 4 - compromis pour tous + 3 7 - "y'aura toujours 20% d'assistés" 1 - stratégie de confort entre All et TS 2 - compromis entre santé et travail pour garder la CMU 1	<i>Signer un contrat santé car :</i> - stratégie pour éviter la coupure 3 - "j'ai pas le choix" 13 - permet de résister pour éviter la grande exclusion 8 - qualification insuffisante : 2 - seule solution face à la non reconnaissance de leur maladie 10 - contrat santé repéré comme le couvercle social des décideurs 5	<i>Le CI santé existe durablement car :</i> - c'est une stratégie et un alibi conscient de tous 6 - il n'y a pas d'autre choix 6 - il n'y a pas d'autres solutions + 5 11 - ça coûterait trop cher de faire autrement 5

Explications du tableau

En **bleu**, figurent les arguments majeurs avancés par chaque catégorie de protagonistes et repris dans l'analyse ci-après pour démonstration de l'hypothèse. Certains résultats ont été additionnés car les réponses étaient très similaires. En **rouge**, les marqueurs de compromis relevés par catégorie.

Remarques et analyses comparatives :

31 des 34 interviewés estiment que le contrat à visé santé s'explique parce qu'il n'y a pas d'autre alternative meilleure à ce jour.

Comme je l'ai indiqué dans la partie méthodologique, j'ai construit mes rencontres avec les 3 protagonistes autour de thèmes me permettant de valider ou non mon hypothèse basée sur le concept de compromis. Nous allons voir en quoi chacun a intérêt, faute de mieux, à signer ou tolérer la contractualisation autour de l'objectif santé. La pénétration croissante de la notion de contrat dans le domaine social nous donne une nouvelle compréhension des enjeux autour de cette contrepartie à l'aide reçue.

B- La contractualisation questionnée par ses négociateurs

Nous verrons ici ce qu'est un contrat. Comment s'est-il progressivement imposé dans le travail social ? Et surtout comment est-il vécu par nos trois protagonistes ?

1- définition du contrat dans le champ social

La notion de contrat est novatrice en travail social quand le RMI est voté en 1988. Le jargon juridique imprègne de plus en plus le champ social.

J.J. Rousseau au XVIII^{ème} siècle dans son ouvrage "du contrat social" est le premier à souligner qu'une organisation sociale "juste" repose sur un pacte qui garantit l'égalité et la liberté entre tous les citoyens. Avec le contrat social, chacun renonce à sa liberté naturelle pour acquérir une liberté civile. Le philosophe montre que l'intérêt particulier est contraire à l'intérêt général. Il fait donc la différence entre le contrat naturel (absence de règles instituées par la volonté des hommes autre que celles dictées par la nature) et le contrat social (volonté délibérée d'organiser, domestiquer les inégalités, socialiser les rapports de domination, etc...), qui seul est compatible avec la notion d'intérêt général. "*Le plus fort n'est jamais assez fort pour être toujours le maître, s'il ne transforme sa force en droit et l'obéissance en devoir*".⁶³ Rompre avec le contrat social reviendrait au retour à l'état de nature et conduirait à l'oubli

⁶³ ROUSSEAU J.J., *Du contrat social* éditions Flammarion p 67

d'une organisation en société. Dans la continuité de ce principe, la relation contractuelle donne légitimité aux gouvernements à articuler les principes de justice en conciliant l'aspiration au bien être et la soumission à l'intérêt général.

Le contrat dans l'action sociale comporte donc un aspect éthique et technique. Il se veut être un engagement réciproque reposant sur un accord mutuel basé sur le débat contradictoire. "*Sa dimension éthique est la signification d'une responsabilité bilatérale et d'une solidarité mutuelle s'exprimant de façon complémentaire*"⁶⁴. C'est aussi un outil d'action sociale car il "*nécessite un dialogue, l'élaboration d'un projet, la prévision des moyens à mettre en place, pour le réaliser, un échéancier et une évaluation*"^{ibid}.

En Vaucluse l'adaptation du nom, de contrat d'insertion vers celui de contrat d'engagement réciproque s'appuie sur ce dialogue, comme si chacun devait rendre des comptes à l'autre.

Le processus de contractualisation comporte quatre phases :

- **la phase préliminaire** : accueil, code de communication, information des procédures
- **la négociation** : clarification des problèmes, mise en place d'objectifs communs, plan de travail, formalisation du contrat
- **la mise en œuvre** : définition des tâches respectives, accompagnement adapté
- **l'évaluation** : vérifier si les objectifs ont été atteints et analyse de l'impact de l'intervention

Le contrat possède 4 dimensions selon B. Bouquet.

- une dimension intersubjective : il s'agit de construire un lien, une relation de confiance un espace de rencontre.
- une dimension procédurale : c'est l'aspect juridique de la contractualisation dans la sphère sociale. On retrouve le cadre réglementaire avec l'opposabilité, la réciprocité les procédures d'appel et de révision.
- une dimension normative ou injonctive : le contrat est sous forme de prescription, d'ordres et de sanctions prévues pour défaut d'exécution
- une dimension orthopédique: c'est l'effet de structuration, d'enracinement dans le temps et l'espace.

Plus spécifiquement, la contractualisation en matière d'insertion sociale est définie par R.Lafore : "*Le contrat est un instrument qui produit, en même temps qu'il est le produit de la négociation, c'est à dire qui active les relations d'expression, d'échange, dans le cadre partenarial et égalitaire. Le contrat est une technique qui pousse à la clarification, à la formalisation des enjeux et des engagements, ce qui est un gage de plus grande efficacité et*

⁶⁴BOUQUET B.*Le contrat en travail social* Informations sociales n°19, 1992

de plus grande mobilisation des acteurs. Enfin, le contrat est une forme permettant d'authentifier, de solenniser, de consacrer des actions, ce qui accroît leur prégnance sur le RMI, et donc potentiellement leur efficacité".⁶⁵

L'usage du contrat dans le travail social permet une forme de transparence pour les acteurs et la visibilité d'un plan d'action. Néanmoins cet outil est très controversé en raison de l'individualisation des problématiques qui évite une réflexion plus globale des phénomènes sociaux. Selon A. Supiot " *La contractualisation de la société est le symptôme de l'hybridation de la loi et de la réactivation des manières féodales de tisser le lien social*"⁶⁶. En fonction de la place du signataire, la contractualisation ne relèverait pas des mêmes enjeux. Au cours des entretiens, j'ai pu mesurer que la fonction du contrat d'insertion à visée santé était équivoque pour le professionnel et l'allocataire, mais beaucoup moins pour le cadre ou l'élu. C'est ce que révèle l'étude comparée :

Fonction du CI santé pour l'allocataire RSA

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
- contrat santé réduit l'allocataire à sa problématique I 3	- ne pas être obligé à travailler A 6	- contrat santé permet d'éviter la sanction et continuer à percevoir le RSA A 8
- contrat santé accentue l'impopularité du RSA I 1	- avoir un minimum pour vivre et la CMU A 11	- reconnaît l'allocataire dans un statut de malade, son mal être A 9
- renforce l'assistantat I 2	- redire la même chose dans tous les contrats I 7	- CI santé justifie une situation de non emploi, tranquillité vis à vis du service insertion I 6
- seule alternative au refus d'AAH A 1	- sentiment de déclassement, montré du doigt I 6	- permet de se soigner A 7
- avoir un revenu garanti, la CMU A 2	- ravive une plaie, déprime I 4	
- alibi face à leur in-employabilité I 6	- frustration à ne pas pouvoir proposer un autre objectif que la santé I 8	
Inconvénient > Avantage 11 3	Inconvénient < Avantage 25 30	Inconvénient < Avantage 6 24

⁶⁵ LAFORE R., *Les trois défis du RMI. A propos de la loi du 1er décembre 1988*, Actualités juridique - droit administratif, 1989 p 583

⁶⁶ SUPIOT A., *La contractualisation de la société*, Université de tous les savoirs, Odile Jacob, 2000 p 77

Explication du tableau :

Figurent en **bleu** les éléments majeurs par catégorie de protagonistes qui sont analysés et retenus ci-après dans le sens de la démonstration de l'hypothèse. En **vert** les arguments avancés par catégorie qualifiant les **A**vantages et les **I**nconvénients du contrat santé.

Remarques et analyses comparatives :

Le contrat santé apparaît comme acceptable pour les négociateurs du contrat. Par contre il est moins audible pour le financeur du dispositif. La reconnaissance du mal-être individuel et la nécessité de soin sont repérées comme indispensables à l'accompagnement pour l'allocataire et son référent. Les cadres pensent que l'aspect santé n'est pas suffisant et qu'il faut tendre vers la mise en valeur de leurs compétences. Pourtant ces mêmes décideurs évoquent la concurrence des autres postulants à l'emploi, ce public souffrant largement sur ce point de la comparaison de leur niveau de qualification.

Marqueur de compromis:

Le tableau montre que les négociateurs du contrat voient plus d'avantages au CI santé que les décideurs. Ces derniers sont donc contraints à accepter ce compromis majoritaire.

2) Evolution politique de la notion de contractualisation en 30 ans

Dans l'ouvrage collectif "Repenser la solidarité" sous la direction de S. Paugam, N. Duvoux revient sur le débat parlementaire lors de l'émergence du RMI en 1988. Il rappelle l'innovation de cette allocation qui ouvre le droit par la formalisation du contrat d'insertion à une participation sociale des plus en plus en difficulté. A l'époque, au parlement, le débat s'est cristallisé entre les partis de droite qui voyaient le RMI comme un engagement personnel à s'insérer, et les partis de gauche qui estimaient que le RMI devait être un droit inconditionnel pour éviter la pauvreté. Finalement, la mise en place du "I" d'insertion a permis de faire un compromis entre la dimension égalitaire et participative tout en formalisant des engagements.

Pourtant en 1989, R. Lafort a montré les dimensions inhabituelles dans ce type de contractualisation en avertissant qu'il pourrait se produire un glissement des pratiques. En effet N. Duvoux rappelle ses craintes que :

"1) le contrat d'insertion n'est pas la rencontre entre deux volontés libres ...

2) les engagements du bénéficiaire ne correspondent pas à des obligations juridiques mais à des déclarations d'intention qui peuvent évoluer dans le temps.

3) *Un mécanisme de sanction plus sévère aurait dû être mis œuvre tant à l'égard de l'allocataire qui ne respecterait pas ses engagements, que de la collectivité qui ne proposerait pas d'actions d'insertion.*⁶⁷

25 ans plus tard, on voit que ce dernier aspect s'est largement renforcé par rapport à l'idée initiale, puisque on voit de plus en plus de sorties sanction qui provoquent la suspension de versement en cas de refus d'insertion et même désormais du non renouvellement du CER.

L'auteur souligne également que dans la réciprocité contractuelle, les 2 partis s'engagent. Au cours des années qui ont suivi la mise en place du RMI, on a vu une augmentation croissante de la notion de devoir du bénéficiaire, mais rarement celle des institutions qui doivent pourtant proposer une offre d'insertion adaptée aux besoins.

Au cours de mes entretiens auprès des 13 référents sociaux, le manque de proposition d'actions d'insertion est revenu massivement dans les discours mettant en exergue les difficultés des professionnels à accompagner efficacement les allocataires. Je leur ai demandé quelle était pour eux la symbolique du dispositif RSA. Voici ce qu'il en ressort :

- difficulté à assumer la mission de contrôle et de pouvoir de sanction : 5/13
- assurer une mission d'intégration pour certain : 5/13
- RSA = obligation humanitaire de la société : 3/13
- RSA = leurre, trappe à marginalité : 6/13

Ethiquement, le dispositif est critiqué par les travailleurs sociaux mais en même temps ils reconnaissent qu'il est indispensable pour certains.

Cette difficulté à assurer leur mission d'insertion provoque un manque de reconnaissance et de satisfaction professionnelle. J'ai étudié les sentiments du travailleur social vis à vis de sa mission insertion lors des interviews :

- absence de satisfaction professionnelle : 7/13
- impuissance / inutilité : 6 /13
- pas assez de moyens : 3
- problème de sens : 8/13 mot "*bidon*" revient 5 fois ,mot "*vide*" revient 3 fois
- sentiment d'utilité pour certain : 1
- remise en question de cette politique publique : 7

Paradoxalement, je m'attendais à entendre davantage que le manque de moyens était à l'origine du problème. Mais cela est apparu plus profond que cela. Les propositions et les déclinaisons des objectifs tournées uniquement vers l'emploi ne sont plus adaptées à une certaine frange de la population. Comme si la politique publique, pourtant consciente des

⁶⁷DUVOUX N., *Le RMI : retour sur le tournant des politiques d'insertion* La découverte "Regards croisés sur l'économie"2008 n°4 p 186

problèmes de précarité et d'exclusion, ne pouvait plus répondre aux besoins de certains.

De manière globale, pour un public très éloigné de l'emploi, la notion de contractualisation est remise en question. C'est ce qui apparaît dans l'étude comparative du thème : Avis sur le dispositif RSA. Voici ce qu'on répondu les 3 protagonistes :

Avis sur le dispositif RSA

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
- c'est un dispositif qui mise sur l'emploi 3	- le RSA ça aide 6 - RSA génère/ perte confiance en soi / déclassement 10	- difficulté à assumer la mission de contrôle et de pouvoir 5
- dispositif impopulaire du fait de la diversité des profils (détresse réelle / profiteur) 3	- sentiment de cumuler les problèmes 6	- assurer une mission d'intégration 5
- importance de la contractualisation pour éviter l'assistanat 7	- rime avec : solitude / ennui / entre soi 6	- RSA = obligation humaniste de la société 3
- dispositif social essentiel 1	- dispositif qui les désigne comme profiteurs /distance forte avec reste de la population 7	- RSA = leurre, trappe à marginalité 6
- grosse dépense pour le département 1	-Renforce sentiment d'inutilité 7	

Explications du tableau :

En **bleu** les avis majoritaires qui reviennent par catégorie d'acteurs.

Remarques et analyses comparatives :

La vision est assez négative globalement sur le dispositif RSA. Les allocataires y voient une représentation sociale négative à leur encontre et n'évoquent pas les outils d'accompagnement à leur insertion. Pourtant la contractualisation est indiquée comme essentielle dans le dispositif par les décideurs. Le travailleur social quant à lui paraît tiraillé dans sa fonction d'émancipateur et de contrôleur, mais semble ne pas être dupe du rôle qui lui est alloué.

Marqueur de compromis :

La signature d'un CI santé évite de cataloguer ce public comme des "assistés" dans la mesure où ils respectent la loi du référencement et de la contractualisation, mais cela n'évite pas le sentiment de déclassement pour les bénéficiaires. Le CI santé se situe ici dans un compromis entre obligation et résignation.

3) Le contrat d'insertion, outil imposé aux professionnels ?

Depuis la mise en place du dispositif en 1988, les travailleurs sociaux semblent avoir du mal à intégrer ce nouvel outil. La contractualisation transforme leur pratique jusqu'à redéfinir philosophiquement leur travail. Ce dispositif vient changer leur relation d'assistance en passant d'une stratégie de revenu à une stratégie de service. Comme l'explique N. Duvoux sociologue : " *Au travers du dispositif contractuel, le RMI portait un potentiel de déstabilisation du modèle clinique du travail social fondé sur une logique réparatrice et stabilisatrice qui fait entrer les individus dans des statuts, des ensemble de prestations, des espaces institutionnels de traitement des diverses inadaptations.*"⁶⁸Cette nouvelle pratique contractuelle allait de pair avec une évolution des politiques sociales qui pouvait s'identifier dans de nouveaux termes inconnus du vocabulaire social : "contrat" "négociation" "citoyenneté active". Ainsi, l'auteur montre comment les professionnels ont été réticents face à l'émergence de ce discours économique prônant la mobilisation du public vers le marché du travail alors que dans leur quotidien, ils constataient que la fragilité de leurs suivis était multifactorielle et que le retour à l'emploi n'était pas garanti. Ce choc ébranlant l'éthique professionnelle, s'est alors renforcé par le constat que l'offre d'insertion n'était pas au rendez-vous comme le prévoyait pourtant la loi. En 2008, l'auteur montre qu'un seul allocataire sur 8 a bénéficié d'une politique de l'emploi type RMA ou emploi aidé. Les professionnels comprennent le sentiment des allocataires d'avoir été dupé par le dispositif qui n'a pas tenu ses engagements en matière d'offre d'insertion.

L'incitation aux sorties sanction, davantage répandu depuis une dizaine d'année, renforce le sentiment de contrôle social par le professionnel alors pleinement conscient que la sortie du dispositif n'est pas seulement liée à la paresse de l'allocataire, mais à une absence de solutions adaptés dans un contexte de fragilité sociale non reconnue.

La réticence des travailleurs sociaux à faire confiance à ce dispositif réside aussi dans le fait que le contrat d'insertion ne prend pas assez en compte les freins à l'emploi tels que l'illettrisme, le logement, la mobilité, et la santé. N. Duvoux dans son ouvrage relève qu'un nombre significatif *"d'entre eux reprendrait une activité sans y gagner grand-chose, à part une estime de soi retrouvée et la possibilité de mettre fin à une dépendance perçue comme insupportable. Car à la différence des autres minima sociaux, le RMI n'offre aucune justification sociale de l'inactivité et confronte les malheureusement nommés "bénéficiaires" à un fort sentiment de stigmatisation"*^{ibid}.

⁶⁸ DUVOUX N., *Le RMI et les dérives de la contractualisation* Repenser la solidarité, l'apport des sciences sociales, Le Lien social Puf 2008 p 458

Les travailleurs sociaux ont été témoins de l'évolution de l'opinion publique vis à vis de cette population et ont dû adapter leur discours vis à vis des nouvelles orientations politiques avec lesquelles ils n'étaient pas toujours d'accord. Les problèmes d'employabilité ayant été transformés en problèmes d'incitation à l'emploi, les travailleurs sociaux ont vu les représentations sociales de leur métier évoluer. Il y a 30 ans, sortir une personne du dispositif était impensable, aujourd'hui cette pratique est beaucoup plus courante. Elle est justifiée par l'obligation de rencontrer son référent ou de témoigner d'un effort minimal d'insertion.

Egalement, à ce jour les revendications vis à vis des modiques offres d'insertions sont moins critiquées par les travailleurs sociaux et l'opposition de ces derniers à toute forme de contrôle social semble moins présente que par le passé. L'évolution des politiques d'assistance vers une recherche de remobilisation, responsabilisation, autonomisation du public a-t-elle fini par convaincre les travailleurs sociaux de la nécessité de cette adaptation?

Toutes ces remarques se retrouvent dans l'enquête auprès des 3 protagonistes lorsque je les ai questionnés sur l'efficacité du contrat d'insertion comme mesure d'action publique. Voici l'étude comparative :

Efficacité du contrat d'insertion comme mesure d'action publique

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
- à travers le CI, il faut davantage prendre en compte le terrain 2	- sentiments que les politiques ne veulent pas les aider 12	- distance entre pol. publique / allocataire 6
- axer le CI vers l'emploi 4	- préférence de l'Etat pour d'autres communautés et d'autres problèmes que les leurs 6	- les allocataires ne savent pas ce qu'est une politique d'insertion 7
- être plus innovant avec ce public 2	- ne s'intéresse et ne comprend pas la politique 5	- politiques pensent que les allocataires sont des fainéants 2
- le contrat santé ne peut être acceptable pour l'opinion publique ou les responsables 4	- distance sociale politique / allocataire 6	- pour eux l'Etat fait un contrôle de leur existence 6
- on ne peut demander tant d'exigences au CI car les départements sont à la merci des décisions gouvernementales 4	- confiance en la politique 2	- l'insertion, le contrat n'ont pas de sens pour les gens ou l'opinion 6
	- sentiment que les politiques profitent des plus faibles et ne s'intéressent qu'au pouvoir 8	
	- votent il ? oui 10 non 3	

Explication du tableau :

En **bleu**, j'ai sélectionné les avis majoritaires par catégorie pour tenter de les analyser ci-après.

Remarques et analyses comparatives :

L'interview des 34 protagonistes révèle une très grande distance et une opacité de compréhension entre le terrain et les décideurs à propos des enjeux du contrat d'insertion. Il existe une déresponsabilisation de chacun où le dysfonctionnement incombe toujours à celui qui est situé au-dessus de soi. Tous les acteurs semblent traverser une crise de valeurs accentuée par la méconnaissance des uns et des autres. Néanmoins, il est intéressant de voir que le système démocratique reste reconnu par les allocataires qui votent encore même s'ils restent très critiques vis à vis des élus et responsables.

Marqueur de compromis : L'action publique paraît être en panne pour accompagner les allocataires les plus éloignés de l'emploi. Ce CI santé est un compromis, car il ne satisfait personne mais reste la moins pire des solutions.

4) Contrat d'insertion : vecteur d'inclusion sociale ou injonction à l'autonomie ?

En insistant sur la contractualisation, le dispositif RSA a l'ambition de proposer une alternative au minimum social. Il s'agit de proposer au bénéficiaire à dépasser les freins qui l'empêchent à revenir sur le marché de l'emploi et de ne plus dépendre de l'aide sociale. Pour P. Rosanvallon, le "*contrat d'insertion permet d'enrichir le face à face solitaire de l'individu et de la société en le reliant au principe générateur de cette dernière, le contrat social*"⁶⁹.

L'engagement réciproque impulsé par le contrat d'insertion est néanmoins décrié dans la relation d'allégeance de l'individu envers le travailleur social. N. Duvoux, sociologue, aborde ce déséquilibre dans la relation car l'institution cherche à autonomiser les allocataires alors que ces derniers sont démunis financièrement et qu'ils se sentent dévalorisés. Ce déséquilibre les rend encore plus dépendants de l'institution. Pour l'auteur, les pouvoirs des contractants sont disproportionnés. Il évoque l'absence de neutralité dans les termes allocataires et bénéficiaires : "*L'injonction à l'autonomie dans le cadre du RMI, c'est accepter de se placer dans une relation de dépendance envers une personne qui interprète la bonne volonté dont un individu en situation de vulnérabilité sociale fait preuve pour s'insérer. La popularité du terme de bénéficiaire pour désigner les allocataires du RMI est très significative de cette utilisation de l'instrument contractuel*".⁷⁰

⁶⁹ ROSANVALLON P. *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*. Paris. le Seuil 1995 p 180

⁷⁰ DUVOUX N. *L'autonomie des assistés*. Le lien social. Puf 2009 p 26

Son ouvrage "l'autonomie des assistés" cherche à comprendre le rapport à l'autonomie de chaque bénéficiaire du RSA. A travers soixante-dix entretiens d'allocataires qu'il questionne vis à vis du contrat d'insertion, il parvient à mettre en évidence les stratégies de négociation qui se manifestent dans la signature du contrat entre l'allocataire et le travailleur social. Il repère ainsi ce qui se joue au cours de l'interface et montre l'importance des déterminations sociales et de l'habitus (incorporations progressives au cours de la vie des structures sociales et de la vision du monde) des individus interrogés. L'auteur propose une typologie de 3 types de comportement vis à vis du contrat d'insertion :

- **l'autonomie intériorisée.** N. Duvoux dans son enquête a repéré un premier public vulnérable qui voit le contrat d'insertion comme une transition permettant de sortir du RSA à brève échéance. Ils adhèrent aux droits et devoirs du dispositif. Ils cachent leur fragilité pour montrer qu'ils sont des citoyens responsables. Ils comprennent les attentes institutionnelles dans l'autonomie attendue. L'auteur note une dévalorisation structurelle telle une dénégation du statut d'assisté en espérant que cela permettra de sortir du dispositif. Il souligne le paradoxe que plus les individus adhèrent aux normes de la citoyenneté sociale et à la responsabilité individuelle, plus ils témoignent de la reconnaissance auprès du service social.

- **l'autonomie contrariée.** Le sociologue identifie des allocataires qui sont depuis longtemps dans le RMI. Ils sont éloignés de manière prolongée du marché de l'emploi. Ils cumulent leur statut avec des problèmes matériels importants. Souvent, ils complètent leurs revenus par le biais de colis alimentaires ou de l'économie informelle. L'auteur a retrouvé des caractéristiques socio démographiques telles que l'âge (beaucoup de plus de 50 ans), la qualification (niveau CAP, voir sans diplôme), pas de permis voiture. Ils se confrontent au problème de la légitimité du maintien dans ce droit. Cela explique un coût psychique très élevé, car l'individu doit trouver seul ou avec l'aide du travailleur social une justification à sa situation d'assisté. Face à cette dépendance, l'allocataire s'engage à des efforts d'insertion à sa mesure pour éviter de retourner le discrédit contre lui. Le type de relation avec le service social est au cœur de l'évolution de leur autonomie. La dimension affective avec l'accompagnant est importante. Ils cherchent à prouver leur bonne volonté à leur environnement.

- **le refus de la dépendance.** Ce public interviewé par N. Duvoux marque une profonde intériorisation de l'identité négative de leur condition d'assisté. Seule subsiste la possibilité de négocier une autonomie en marge de l'emprise institutionnelle. Il constate un retournement systématique du stigmatisme de la dépendance et de l'assistanat, un profond sentiment de déclassement. Comme l'avait étudié S.Paugam, il repère des ruptures cumulatives des liens

sociaux avec la présence de traumatismes enracinés dès l'enfance. Certains épousent des formes radicales d'affirmations identitaires. D'autres cherchent à se mettre en retrait pour éviter cette domination. Le contrat d'insertion n'est pas investi, les travailleurs sociaux se confrontent à une faible marge de négociation qui se manifeste par du refus ou des sorties régulières du dispositif.

La mise en place d'un contrat fait l'objet d'enjeux, de stratégie et de tensions qui mêlent les difficultés de l'usager, de la société et celle des travailleurs sociaux qui évoluent ensemble dans un même système.

C- Quels intérêts pour chacun des acteurs ?

Puisque nous venons de voir que le rendez-vous pour le renouvellement du contrat d'insertion est une instance entre négociateurs, nous allons voir dans cette partie ce qui reste de l'accompagnement social et quelles stratégies adoptent chaque acteur dans la désignation d'un objectif santé.

1- vision de l'accompagnement

Dans sa mission de référent, le travailleur social a pour mission d'accompagner l'allocataire vers une insertion sociale et professionnelle. Nous venons de voir toute la complexité de sa tâche en particuliers pour des personnes fragiles et précaires. Pourtant, l'accompagnement est au cœur de son métier.

L'analyse sociologique et économique de la place qu'accorde la société aux pauvres met directement le travailleur social dans une situation complexe. C'est ce qu'évoque le sociologue R. Bertaux. Pour lui, la marge d'autonomie du professionnel tend à se réduire depuis la décentralisation. Auparavant, sur son terrain, il était loin du contrôle par l'Etat et jouissait d'une relative liberté pour agir. Aujourd'hui, il est davantage contrôlé par les élus locaux. *"Toute la complexité actuelle est que l'intervenant social est un agent soumis aux injonctions du législateur et de l'employeur, mais il est aussi sujet pensant, doué de subjectivité et qui est capable de se dégager une marge de manœuvre dans le face à face."*⁷¹

L'auteur pense qu'il existe alors 3 logiques d'intervention :

- la logique de proximité : approche de l'insertion comme un devoir pour la société et comme droit pour l'individu.
- la logique de distance : approche de l'insertion comme un devoir pour l'individu.

⁷¹ BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action* conférence du 16 décembre 2004 pour les services sociaux de département de la Meuse

- la logique contractuelle : position médiane, comme compromis et double mobilisation de l'individu dans les droits et les devoirs pour l'individu comme pour la société.

Observons désormais la vision de l'accompagnement RSA par chacun de nos protagonistes pour savoir si comme le pense ce sociologue, la logique contractuelle prédomine dans les interventions du travailleur social.

Vision de la mission du référent dans sa fonction d'accompagnement social

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
- difficultés du référent à évaluer, limiter les risques, miser sur l'avenir 3	- présence, soutien moral 10	- absence de satisfaction professionnelle 7
- non impliqué dans cette mission d'insertion 2	- soutien social 6	-sentiment d' impuissance / inutilité 6
- référent pas assez formé 4	- " elle ne m'aide pas beaucoup " 8	- pas assez de moyens 3
- mission qui renvoi à l'impuissance professionnelle 1	- "elle m'angoisse, j'ai honte " 3	- problème de sens 8
- contractualiser sur l'objectif santé n'est pas professionnel 2	- c'est un contrôleur 6	Mot "bidon" 3 fois
	- soutien administratif 4	Mot "vide" 3 fois
		- remise en question de cette politique publique 7
Vision + 0	Vision + 20	Vision + 0
Vision - 12	Vision - 17	Vision - 31

Explication du tableau :

J'ai comparé la vision de l'accompagnement du référent dans les 3 discours. J'ai retenu dans l'analyse les éléments qui revenaient le plus par catégorie en **bleu**. J'ai ensuite répertorié en **rouge** les visions positives et négatives de l'accompagnement pour chacun des protagonistes.

Remarques et analyses comparatives :

L'analyse des discours à propos du référent social montre toute l'ambiguïté de sa place et la frustration professionnelle que cela génère chez lui. Il accompagne les allocataires mais n'est pas très efficace sans doute par manque de formation, d'après les décideurs. Le couple allocataire/référent du terrain semble être critiqué sur cette question par les décideurs.

Marqueur de compromis :

Tant pour les décideurs que par les travailleurs sociaux, l'accompagnement social par le référent n'est pas efficace et gratifiant professionnellement. La contractualisation autour d'un objectif santé se situerait dans une alternative au contrôle social ? Une forme de compromis

qui assimilerait le fonctionnaire dans une résistance passive face au problème de sens que soulèverait la contractualisation RSA pour les plus éloignés de l'emploi ?

2- Apports théoriques pour comprendre les enjeux

La signature du contrat d'insertion met en tension des logiques différentes pour chacun des acteurs où tous doivent négocier entre leurs obligations et leurs aspirations. Chaque individu concerné de près (allocataire et référents) ou de loin (cadre et élus) par le contrat d'insertion va faire référence à sa propre vision du monde qui va dicter sa stratégie pour la signature du contrat.

a) Compréhension par la sociologie des conventions et l'interculturalité

La théorie de la convention est apparue dans les années 80 en croisant les courants de recherche de la sociologie, de l'économie et de la gestion. Ces disciplines explorent ensemble la manière selon laquelle les individus décident dans des situations complexes et d'incertitude. Ils repèrent les ajustements, la convergence et l'auto-renforcement des comportements individuels qui sont dictés par les conventions reconnues par chacun.

Cette théorie fait la distinction entre 2 types d'indices :

- les repères explicites (les énoncés et les propos tenus dans l'organisation)
- les repères implicites (comportements des personnes, objet, espace, le temps)

Les auteurs R. Diaz-Bone et L. Thevenot définissent la convention comme pouvant être appréhendée *"comme des cadres interprétatifs mis au point et utilisés par des acteurs afin de procéder à l'évaluation des situations d'action et à leur coordination.(...) Les acteurs ont recours aux conventions afin de faire valoir et justifier des qualités et des façons de faire. (...). les conventions sont ainsi des formes culturelles établies collectivement permettant de coordonner et d'évaluer. (...) Les conventions deviennent des ordres de justification ou "grandeurs" lorsque les acteurs sont critiqués ou critiquent eux-mêmes. Ils s'engagent alors dans une dispute où ils peuvent mobiliser une pluralité de conventions (ordres de justification) discordantes."*⁷²

Ainsi, cette théorie mentionne que les conventions conditionnent les choix individuels. Ceux-ci construisent les conventions. Cette une nouvelle logique sociologique explique les faits sociaux à la fois par l'individuel et le collectif.

⁷² DIAZ-BONE R, THEVENOT L. *La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises*. Revue Franco allemande de sciences humaines et sociales (n°3626, 2010) TRIVIUM

L'ouvrage de L. Boltanski et L. Thevenot s'écarte justement des théories sociologiques traditionnelles en s'intéressant à la façon de gérer les conflits de valeurs. En s'appuyant sur les ouvrages de philosophie politique, ils déterminent cinq principes supérieurs communs par lesquels les individus ont recours pour argumenter face à un litige. "*Le principe de commune humanité (accords entre différents membres), le principe de dissemblance (tous les membres sont identiques), la commune dignité (égalité entre les membres), l'ordre de grandeur (philosophie politique partagée par tous les membres) et un bien commun (bonheur commun à tous les membres) sont les critères autour desquelles les individus vont se regrouper pour guider leurs actions*".⁷³ Ainsi les 2 auteurs repèrent 6 formes de membres qui se regroupent en mondes et partagent des idées communes qui serviront d'arguments clés pour se distinguer des autres mondes et se comporter face à chacun d'eux.

- **le monde de l'inspiration** : regroupe des membres dont la créativité, l'innovation, l'esprit et l'imaginaire sont des caractéristiques essentielles.

- **le monde domestique** : regroupe des membres dont la transmission générationnelle, les traditions, le sens du devoir, la hiérarchie, la responsabilité et l'exemplarité sont des caractéristiques essentielles.

- **le monde de l'opinion** : regroupe des membres dont la mémoire du succès, l'opinion publique, la célébrité, la visibilité de l'image, l'influence sont des caractéristiques essentielles.

- **le monde civique** : regroupe des membres dont la prééminence du collectif, la volonté générale, les droits civiques, la participation, la loi et le vote sont des caractéristiques essentielles.

- **le monde marchand** : regroupe des membres dont la concurrence, la possession, le prix, l'intérêt, la liberté, et le marché sont des caractéristiques essentielles.

- **le monde industriel** : regroupe des membres dont les objets techniques, les méthodes scientifiques, l'efficacité, la performance, l'organisation, le progrès, sont des caractéristiques essentielles.

Pour L. Boltanski et L. Thevenot, les mondes se critiquent entre eux en se retranchant chacun vers ses propres conventions. En cas de conflit, les arguments avancés par deux mondes peuvent se résoudre par la recherche de compromis qui souvent font appel à des caractéristiques d'un troisième monde. Il s'agit de rendre compatible les jugements qui ne nient pas les caractéristiques de chacun des mondes. La stabilité du compromis est difficile à

⁷³BOLTANSKI L. et THEVENOT L. *De la justification : les économies de la grandeur* (édition Gallimard 1991)

obtenir, car elle s'appuie sur l'acceptation de certains renoncements et les modifications de l'environnement peuvent faire basculer vers l'abandon des justifications d'un monde.

Comme nous l'avons vu précédemment, lors de l'observation des marqueurs de compromis dans les quatre thèmes abordés, nous avons pu remarquer que le système de références de chacun était différent. Dans la seconde partie, j'ai montré le ressenti et la situation sociale des allocataires signataires d'un contrat santé sur Pertuis et par la suite, j'ai évoqué le sens de cet acte professionnel pour le référent. Observons la vision de ma problématique pour les cadres et les élus. Leurs réponses illustrent les différences fondamentales de point de vue en fonction de leur place, comme l'évoque la théorie des conventions. J'ai demandé aux cadres et élus quelles étaient leurs hypothèses vis à vis du grand nombre de contrats santé :

- ce public n'est pas assez employable (pb de qualif par rapport aux offres)	6/7
- ce public n'est pas assez malade pour être reconnu par la MDPH	2/7
-c'est une méconnaissance et une négligence de la mission du référent	3/7
- absence de réflexion profonde	4/7
- permet à l'allocataire de bénéficier d'avantages connexes comme la CMU	1/7

Nous voyons ici des arguments similaires, mais aussi d'autres différents qui pointent les défaillances des professionnels et des allocataires. Il est intéressant aussi de noter que certains cadres et élus ne se satisfont pas de cette situation et évoquent qu'il faudrait réfléchir autrement à ce phénomène.

La théorie des conventions nous éclaire sur la manière dont nos 3 protagonistes s'articulent autour de l'intérêt commun du contrat d'insertion à visée santé. Les valeurs qui sous-tendent l'acceptation du "contrat santé" sont très différentes pour chacun. L'allocataire malade jongle avec un essentiel à vivre dans un contexte où on lui demande plus d'efforts. La politique publique providentielle tâche de maintenir la paix sociale dans un contexte de crise économique. Le référent RSA face à la complexité et la précarité des situations des allocataires les plus éloignés de l'emploi dans un contexte d'austérité du service insertion tente de maintenir le lien social. Tant qu'aucun des protagonistes n'accentue davantage de tension dans ce système, le contrat d'insertion à visée santé apparaît comme la solution la plus acceptable pour tous.

Le regard par l'intermédiaire de la culture nous amène également une compréhension sur ce qui se joue au cours de la signature d'un contrat d'insertion.

G.Hofstede dans Cultures et organisations⁷⁴ tente d'éclairer la compréhension des personnes par leur culture. Pour cela, il a créé une grille d'analyse qui permet de repérer les priorités pour une personne. Cela nous donne une nouvelle dimension pour appréhender l'accompagnement des allocataires RSA. En particulier, l'auteur estime que les personnes donnent une priorité différente au groupe ou à l'individu. Dans certaines sociétés, l'individu prime sur le groupe (méritocratie) ou seul le sujet est responsable de son avenir. Pour d'autre, les gitans par exemple, tout est pensé pour la pérennité du groupe, l'intérêt individuel n'est pas valorisé s'il n'a pas d'impact positif pour la famille élargie.

Le psychologue G.Hofstede prend en compte également le rapport au temps qui est régulièrement questionné dans les centres médico-sociaux puisque les institutions fonctionnent avec des horaires de rendez-vous. L'auteur repère que dans la vision occidentale, le temps est une ressource que l'on peut perdre, gaspiller, gagner. L'individu est maître du temps dans une organisation monochrone. Le temps court sur un axe linéaire. Dans les autres civilisations, le temps est circulaire : "*Le temps reviendra, c'est la nature, la fatalité, c'est le divin qui choisit pour nous*"^{ibid}. Il s'agit d'une vision polychrone du temps. Pour le travailleur social qui gère des rendez-vous toute la difficulté réside à déterminer ce qui est culturel de ce qui relève de la motivation...

L'auteur nous met aussi en garde sur la prise en compte de la dimension culturelle qui régit la répartition des tâches en homme et femme. Quel impact peut avoir sur la famille vivant du RSA si Mme obtient le permis B, ou si Mr répond à une offre d'employé à domicile...

Il attire aussi notre attention sur l'implicite et l'explicite. Tous les codes de communications ne sont pas identiques d'une culture à l'autre. Dire Oui à un travailleur social est pour certain avant tout une marque de respect. Egalement, il est important d'intégrer que tous les individus n'ont pas le même rapport au risque. Dans une situation d'emploi, se jouent des problèmes relatifs à la prise d'initiative, le poids de la hiérarchie, la peur du mauvais œil, qui peuvent être générés par le poids culturel.

Les aspects culturels et le système de valeur individuel sont donc à prendre en compte pour comprendre les enjeux du contrat santé pour nos trois acteurs.

⁷⁴HOFSTEDÉ G., *Cultures et organisations* (Pearson Education, 2010) p108

b) Analyse des forces en présence lors de la signature

Si le professionnel, l'élu, et le citoyen bénéficiaire du RSA agissent en fonction de leurs propres intérêts, il en découle une posture stratégique au moment de la signature du contrat ou une attitude globale vis à vis de ce dispositif. Plusieurs sociologues ont étudié les mécanismes mis en place par chacun pour arriver à un compromis.

- Apport par l'analyse stratégique

Ce courant a été impulsé par M. Crozier en sociologie des organisations. Pour lui le "système bureaucratique" est le point central qui permet d'expliquer le système social. En s'intéressant à la dimension fonctionnelle des organisations, il étudie la stratégie des acteurs du système. Il repère l'omniprésence du pouvoir et les dimensions affectives responsables du choix des acteurs. " *Crozier s'interroge sur les relations de pouvoir, théâtre de permanentes négociations où l'imprévisibilité des comportements est utilisée comme protection. Cette importance reconnue à l'incertitude aboutit nécessairement à une notion de jeu, les acteurs étant supposés choisir une stratégie gagnante*".⁷⁵

Le système RSA n'est-il pas une véritable organisation comme catalyseur de multiples contraintes : comment faire coopérer les travailleurs sociaux avec les allocataires où chacun cherche à agir en fonction de ses propres intérêts ? Ainsi s'opèrent des stratégies personnelles visant à étendre sa propre marge de liberté, ou zone d'incertitude.

Le contrat d'insertion vient donner le contour des enjeux du système. La contrepartie du versement de l'allocation passe par la signature du contrat. Le RSA était pensé originellement comme un point d'étape intermédiaire vers une autre destinée professionnelle. Mais lorsque dans un territoire le chômage avoisine 13%, que les allocataires cumulent manque ou absence d'expérience professionnelle et faible qualification, la marge de liberté entre l'acteur et le système se retrouve réduite laissant place à des stratégies au moment de la signature du contrat.

Du point de vue de l'allocataire, soit il exploite les opportunités du système pour tenter de s'insérer, soit il approfondit les zones d'incertitudes du dispositif en poussant les limites et les défaillances du système (manque de dispositif adapté, fragilité sociale ou médicale faisant écran à toute démarche professionnelle, inadéquation à l'offre de service).

Le travailleur social lui-même est conscient de ce grand écart entre théorie et réalité. Il parvient avec difficulté à médiatiser par le contrat, le service insertion et l'individu. C'est peut-être une des raisons pour laquelle l'accompagnement des bénéficiaires RSA est la moins

⁷⁵ GRAWITZ M. *Méthodes des sciences sociales* 9ème édition, PRECIS DALLOZ 1993

populaire parmi les missions des travailleurs sociaux des conseils départementaux. Il doit s'opérer chez lui une adaptabilité permanente visant à apaiser les tensions de part et d'autre. Le référent RSA doit tacher de faire progresser les compétences des personnes à visée d'emploi dans un contexte d'offre d'insertion limitée. Mais aussi il doit doser une dimension autoritaire pour provoquer du changement tout en ayant conscience que la sanction peut entraîner une suppression des ressources.... L'enjeu de pouvoir peut être grand, avec les dérives morales que cela peut engendrer. Sans cesse, l'éthique professionnelle doit rappeler à l'ordre.

- Apport par la réticence au changement

La signature du contrat d'insertion a pour but de provoquer un changement dans la vie de l'allocataire. Le travailleur social se doit d'aider la personne à faire évoluer sa situation, mais cela ne va pas de soi. Dans le sujet qui nous intéresse, cette théorie remet en question la relation duelle lors de la signature du contrat. Le discours du travailleur social n'est-il pas mis en doute par manque de repères ? L'être humain a intériorisé de telles normes sociales qu'il lui est difficile de changer de cadre. Individuellement l'être humain a tendance à reproduire son propre cadre de référence pour être rassuré par le connu. Par contre en collectif, il est bousculé par les autres dans un élan de mobilisation motivationnel. C'est ce que le psychologue, K.Lewin tente de montrer dans les freins à la communication. En 1943, il fait émerger l'idée qu'en groupe, les individus sont 10 fois plus favorables à une démarche de changement. *"Les discussions de groupe permettent aux sujets de prendre conscience des normes collectives. Ils se libèrent ainsi de la contrainte groupale, la motivation au changement peut se mettre en œuvre"*.⁷⁶C'est peut être dans l'action collective que l'accompagnement RSA trouvera davantage sa voie à l'avenir.

Au centre médico-social de Pertuis, il a été tenté de travailler en groupe avec le public précaire et isolé depuis quelques années. Faute d'outils d'insertion (départementaux, communaux ou associatifs) sur le territoire, les professionnels inventent des ateliers favorisant le lien social.

De retour à un travail social des années 80, a resurgi la mise en place d'atelier couture, "cuisine et partages", écriture, "Zébulons" (lecture et animation jeunes enfants/parents) fonctionnant sur le principe collectif. A 80%, ces ateliers sont fréquentés par des allocataires du RSA qui n'ont aucune activité professionnelle parallèle. La visée est bien la rencontre et l'ouverture pour provoquer un changement. Je n'ai pas quantifié le nombre de personnes qui

⁷⁶ LEWIN K. *Frontiers in Group Dynamics*, 1946 <https://com.7016travaux.wikispaces.com>

ont des problèmes de santé et qui fréquentent ces ateliers, mais j'ai remarqué que de nombreux référents préconisaient l'orientation vers ces ateliers comme démarches à entreprendre dans leur contrat d'insertion. L'une d'eux, allocataire du RSA depuis 5 ans et pâtissier de formation a fréquenté l'atelier cuisine pendant 2 ans. Il a même intégré le comité de pilotage durant quelques mois souhaitant partager ses idées et son expérience. Cet été, il a fait un remplacement dans la restauration, aujourd'hui il est toujours en poste. Il a pu dire à des animatrices du groupe " *J'ai repris confiance en moi à l'atelier cuisine, ce qui m'a aidé à boire moins*". Ni lui ni son référent n'ont jamais souhaité intégrer la fréquentation de l'atelier comme objectif de son contrat d'insertion. Il ne souhaitait pas prendre le risque d'être sanctionné financièrement s'il manquait l'atelier pour une quelconque raison.

-Apport par la théorie des jeux

Cette méthode d'analyse traite des problèmes de décision. On cherche à travers un calcul de probabilité à trouver les règles qui nous fera opter pour la meilleure décision. Il s'agit d'une science de l'action fondée sur le calcul de la chance. Que ce soit à travers les jeux de stratégie, d'énigmes policières, de stratégie militaire, ou en management financier, la théorie vient substituer la notion simple de préférence à celle de préférence efficace. "*La hiérarchie des possibles bouscule de façon réaliste l'ordre des préférences. A l'idée de choix s'ajoute celle de la capacité ou de pouvoir.*"⁷⁷ La théorie des jeux se présente comme une rationalisation des décisions où la logique prend le pas sur le désir ou la crainte. Pour cette théorie, 3 éléments dominent la partie : l'information que détient le joueur dans la partie, la règle du jeu qui dresse le champ des possibles pour les joueurs et enfin le gain qui est connu à la fin de la partie. On utilise ainsi les mathématiques en modélisant le contexte afin d'opter pour une stratégie. La simulation permet en dernier phase d'expérimenter les différentes hypothèses.

Bien sûr, la rencontre contractuelle RSA n'est pas un jeu puisqu'elle est souvent vitale, mais cette théorie éclaire sur les stratégies et les priorités mises à l'œuvre par les contractants. Au cours de la signature d'un contrat d'insertion s'opère de part et d'autre des prises de positions calculées. Quelles vont être les conséquences de tel objectif pour l'avenir de l'utilisateur, de sa prestation ? Quels risques prennent les contractants en choisissant des objectifs ou moyens ambitieux, flous, sans motivation manifeste ? Il s'agit de peser le poids des conséquences pour

⁷⁷ GRAWITZ M. *Méthodes des sciences sociales* 9^{ème} édition, PRECIS DALLOZ 1993

chaque décision. Le travailleur social n'est pas seul à fixer un cap, les contractants sont co-responsables. Ce calcul trouve sa juste mesure dans un compromis accepté par chacun.

D- Vers une réinterrogation de la place du travail ?

Dans de nombreux ouvrages, les auteurs prennent la précaution de distinguer travail et emploi. L'emploi fait référence à une activité rémunérée en échange d'une tâche précisée initialement dans un contrat. Tandis que le travail concerne toute activité humaine tendant vers un résultat recherché. Ainsi, on peut travailler sans avoir d'emploi. C'est sur cet aspect que le CI santé vient sans doute questionner le dispositif RSA. Peut-on accepter qu'un allocataire ait une utilité au monde différente que celle définie par le texte législatif vouant à l'autonomie par la reprise d'activité professionnelle ? Le CI santé n'ouvre-t-il pas vers un nouveau paradigme de la question sociale ?

1- Place et fonction du contrat d'insertion santé

L'objectif santé, qui n'existe pas dans le PDI mais qui est connu et utilisé par tous, a un usage homéostatique dans l'environnement du RSA. Finalement, tous contribuent implicitement à promouvoir son existence même s'il ne satisfait vraiment personne. Chaque acteur s'empare de cette zone d'incertitude où le contrat d'insertion à visé santé est un compromis acceptable entre tous tant que les forces en présence d'évoluent pas.

Tous les points de vue peuvent s'accommoder à une situation donnée mais celle-ci pourrait être modifiée par le changement d'une partie. Par exemple, si la MDPH allégeait ses critères à l'octroi de l'AAH, cela aurait nécessairement des répercussions sur les postures des 3 protagonistes. De même, si le service insertion créait un poste de médecin RSA pour vérifier l'état de santé des allocataires, alors les contenus des contrats seraient différents. C'est bien en cela que les compromis restent fragiles et mon hypothèse se vérifie en l'état actuel du système. Si un protagoniste a soudainement plus de poids dans la négociation contractuelle, alors il n'y a plus de compromis.

L'analyse stratégique aide à comprendre ce processus. Par exemple, si l'on reprend la manière dont la signature des contrats d'insertion simplifiés s'est opérée dans notre CMS, on constate qu'il s'agit peut-être d'une stratégie inconsciente de nos responsables pour contourner l'obligation à accompagner tous les allocataires vers l'emploi. L'intérêt du service insertion à accepter cette organisation est une baisse sensible du nombre de CI à étudier (la validation s'effectuant par un nombre restreint de salariés). Mais aussi, l'intérêt de ne pas avoir à jour un nombre conséquent de CI santé. Puisqu'il n'y a pas d'étude statistique fine des contenus et des

objectifs des CI, alors aucun problème n'est révélé. Ainsi le système peut perdurer et expliquer la reconduction des contrats d'insertion à visée santé. A ce jour, tout est implicitement lié et orchestré pour limiter les sorties sanction et épargner une partie de la population d'être dans une précarité encore plus grave. Finalement, tous sont dans un processus du moindre risque et ont intérêt à ce qu'il soit maintenu de la sorte. Des avancées peuvent être faites en matière de lutte contre l'isolement ou le minimum de qualification au niveau individuel par le biais de l'accompagnement sans que cela soit porté par la contractualisation. En l'état actuel du marché de l'emploi et des finances départementales, il est peut envisageable que les collectivités envisagent l'objectif santé comme moyen de ressouder une cohésion sociale en panne.

Par contre en Vaucluse, cette organisation et l'existence du contrat santé seront sans doute à réévaluer avec le rattachement du service insertion dans le pôle économique du département. Les forces en présences vont évoluer et le travailleur social comme les allocataires loin de l'emploi vont devoir réinterroger leur stratégie. Sur le plan national, la réorganisations des minimas sociaux et l'accentuation sur la responsabilisation des allocataires pourraient impacter le contrat santé.

Mais fondamentalement, obliger une personne à effectuer des démarches professionnelles et à décliner des freins médicaux invérifiables pour justifier de sa conformité aux règles assurant ses allocations, pose la question de la contrepartie du RSA. 30 ans après la création du RMI et face à l'aggravation de la crise économique, doit-on encore demander une contrepartie ? L'obligation contractuelle pour tous n'est-elle pas un alibi des élus pour apaiser les tensions entre cotisants et bénéficiaires d'aide ? Certains auteurs se sont penchés sur cette question où le social se situe à l'interface de l'économique et du politique.

M.Autes s'intéresse à l'insertion comme nouvelle catégorie du social. Pour lui, on passe d'une forme du social centré sur la répartition des individus (stratégie classificatoire, gestion calme dans des institutions bienveillantes) à une stratégie de parcours (appartenance à la société par rapport à l'emploi). Il faut désormais apporter la preuve de son appartenance à la société. *"L'insertion oscille entre la réalisation de l'incarnation de l'idéal démocratique dans la formalisation contractuelle et la tentation du workfare, pas d'assistance sans contrepartie"*.⁷⁸

La mission du social selon lui est de produire de la norme. L'auteur insiste aussi sur la rationalité économique du social (pénétration des idéaux gestionnaires). Finalement,

⁷⁸AUTES M, *Les paradoxes du travail social*, 1999 DUNOD p 63

l'insertion est une déclinaison de l'action. Il problématise la question de l'insertion à travers 2 axes :

- évolution de l'assistance traditionnelle vers le développement social, la crise ayant rajouté de nouveaux publics pour le secteur social

- changement de paradigme pour penser le social

Le revenu universel ou revenu de base est une piste qui fait repenser le social dans notre monde contemporain où l'emploi ne serait plus le seul moyen d'intégration sociale.

2- Expérience du revenu de base

Alors que le gouvernement au printemps 2016 impose la réforme du droit du travail avec la loi El Khomri, une question persiste : doit-on construire l'existence humaine uniquement sur l'emploi ? Le plein emploi reviendra-t-il un jour ? André Gorz disait déjà en 1990 "*Nous sortons de la civilisation du travail mais nous en sortons à reculons [...] incapables de fonder une culture du temps disponible et des activités choisies*"⁷⁹. Le candidat du parti socialiste, Benoit Hammon a défendu le revenu universel aux élections présidentielles de 2017.

Depuis une quarantaine d'année, la proposition du revenu de base revient périodiquement questionner l'alternative au traitement du chômage et à la disparition de nombreux emplois du fait de la mondialisation, l'automatisation, et de la révolution numérique.

Le Mouvement Français pour un revenu de base⁸⁰ définit l'idée que "*le revenu de base est un droit inaliénable, inconditionnel, cumulable avec d'autres revenus, distribué par une communauté politique à tous ses membres, de la naissance à la mort, sur base individuelle, sans contrôle des ressources ni exigence de contrepartie dont le montant et le financement sont ajustés démocratiquement*".

Ce courant trouve sa source d'arguments dans les principes de liberté et d'égalité, la volonté d'éliminer la pauvreté, améliorer les conditions de travail et d'éducation, lutter contre l'exode rural et des inégalités régionales.

Alors que certains y voient une incitation à travailler dans des domaines choisis favorisant la création d'entreprise, d'autres craignent une nouvelle trappe à l'oisiveté. La simplification administrative est par contre valorisée permettant de nombreuses économies de fonctionnement.

Du point de vue politique, 2 branches coexistent autour de ce revenu universel.

⁷⁹ GORTZ A. *La société salariale a besoin de nouveau valets*, Le monde diplomatique juillet 1990

⁸⁰ <http://revenuebase.info/comprendre-le-revenu-de-base>

L'une marxiste où l'humanité sortirait du salariat et les machines assureraient seules la création de richesse reversée sous forme de revenu aux citoyens.

L'autre libérale, où chacun recevrait une somme d'argent et organiserait sa dépense comme il l'entend. Chaque citoyen serait libre ou non de se vendre sur le marché du travail. Pour les plus totalitaires de cette branche, cela permettrait de supprimer tout le système de protection sociale (aides, assurances retraite, chômage, sécurité sociale).

Les partisans du revenu universel en France voient ce montant osciller entre 400 et 1000€ par mois par personne. Un projet de revenu de base est à l'étude en région Poitou Charente pour un démarrage auprès du public jeune en 2017.

La Finlande, le Canada et les Pays Bas comptent prochainement tester localement ce type de redistribution.

D'autres pays se sont lancés dans des expérimentations depuis une vingtaine d'années. En Inde, cela a eu pour effet d'améliorer la scolarisation des enfants, la santé, et la production en milieu rural. En Namibie, la criminalité et le chômage ont diminué. Au Canada, une baisse des hospitalisations et une augmentation des reprises d'études ont été constatés entre 1974 et 1979 lors de la première expérimentation. Bien souvent, ces tentatives ne se sont pas pérennisées pour des raisons de financement.

En France, les hypothèses de financement varient en fonctions des courants politiques. Hormis la récupération des dépenses allouées aux entreprises pour créer des emplois, les sources de financement avancées le plus couramment sont : remplacement du système d'aide sociale, nouvelle imposition (sur le revenu, la consommation, la pollution, les dons, les héritages, et les revenus marchands), création monétaire (la banque mondiale injecte de la nouvelle monnaie sur les comptes des citoyens). Tous les observateurs ont pu noter un effet émancipateur de la mesure avec une augmentation de l'entrepreneuriat.

Cette dernière partie s'est attelée à démontrer l'hypothèse comme quoi le contrat d'insertion à visée santé était finalement le compromis le plus acceptable dans un contexte de raréfaction des offres d'emploi et dans une logique de contrepartie renforcée. L'analyse de l'investigation de terrain révèle que pour une partie de la population cet objectif s'est progressivement développé à la marge parce qu'il n'y avait pas d'autre alternative meilleure à ce jour. L'institution ne répond pas aux besoins de ce public très carencé socialement, psychiquement et physiquement. Bien que les décideurs estiment que cet objectif n'est pas suffisant car il faudrait mettre davantage les compétences des personnes en valeur, ce type de contrat est validé pour l'instant. Finalement le contrat santé se situe pour les 3

protagonistes entre résignation et obligation. La forme homéostasique du système au moment de la contractualisation entre les acteurs provoque négociations, ajustements, stratégies liées à des visions du monde différentes inhérentes à la place de chacun dans la société. Ce compromis implicite reste néanmoins très fragile. Plus le temps passe, plus la détermination des décideurs va dans le sens d'une baisse du nombre d'allocataire par l'emploi ou par la sortie sanction. Il est regrettable que le durcissement de la loi et la pénurie d'orientation d'alternative à l'emploi dénature l'accompagnement social pour des allocataires qui multiplient les freins sociaux. C'est en ce sens qu'il est nécessaire de réinterroger l'obligation contractuelle pour tous. Néanmoins des pistes semblent se réinventer telles que : le revenu de base, l'impact des actions collectives....

CONCLUSION

A travers ce mémoire j'ai tenté de montrer que le contrat d'engagement réciproque à visée santé n'était que le symptôme de l'effritement de la place du travail dans notre société.

La première partie de l'étude vise à montrer que nos sociétés modernes ont construit la place des individus en fonction de leurs rôles dans le travail. Plus on en est éloigné, plus on prend le risque d'être marginalisé. Grâce à une croissance forte, et à l'idée que le progrès garantirait toujours la place des uns et des autres par le travail, L'état providence a permis la baisse de la pénibilité du travail et l'accès aux loisirs pour contrebalancer l'effort consenti pour que les individus restent des travailleurs-consommateurs. Avec l'arrivée du chômage de masse, ce pacte sociétal s'est modifié soulevant une nouvelle question sociale : comment insérer les individus puisque l'offre de travail est saturée ? La politique d'insertion voit donc le jour en prônant équité sociale et accompagnement à l'emploi par le développement de dispositifs de solidarité tels que le RMI / RSA. Quarante ans après, l'incitation à la reprise d'emploi, la responsabilisation des individus, les sanctions financières n'ont pas suffi à infléchir le nombre d'allocataires RSA. Si notre relation au monde n'était pas uniquement basée sur le travail notre société contemporaine en serait elle là aujourd'hui ?

La seconde partie présente la recherche qui interroge les limites de l'insertion pour un public dont l'unique référentiel est le travail. La focalisation de l'étude sur les bénéficiaires d'un accompagnement social (et encore plus particulièrement à ceux qui ont un objectif tourné sur leur état de santé) permet de mettre en lumière que l'insertion par le travail ne peut plus être le seul modèle d'inclusion des individus. Cette norme illusoire pour regagner de la croissance et favoriser les économies budgétaires a un coût social contre-productif qui fragmente la cohésion sociale. Les freins de retour à l'emploi étant multiples et complexes, la dépendance aux aides de solidarité nationale s'installe durablement renforçant une image négative individuelle et collective favorisant la désocialisation et la marginalisation de certains individus.

L'exemple du contrat d'insertion sud vaclusien illustre bien la dichotomie entre une politique publique basée sur l'espoir d'un retour à l'emploi et une réalité individuelle et territoriale toute autre. Les zones d'incertitude permettent des ajustements précieux pour éviter totalement l'exclusion sociale définitive. Face à cette complexité l'objectif santé représente un compromis acceptable pour tous. Pour l'allocataire, avancer des arguments médicaux relève d'une stratégie plus ou moins consciente pour exploiter une faille du système. Pour le décideur, le

contrat santé constitue une zone d'incertitude utile pour appliquer à minima sa mission d'insertion comme politique publique. Et enfin face à une offre d'insertion insuffisante, le travailleur social propose des contrats santé par défaut.

Dans certaines situations, nos 3 acteurs bénéficiaire-professionnel-décideur n'ont ni le choix, ni d'autre alternative à accepter le renouvellement de contrat d'insertion basé sur l'invérifiable, l'incontrôlable. D'ailleurs pour que cela fonctionne et que les forces en présence s'équilibrent, il paraît capital de rester dans ce flou. C'est bien pour cela que l'objectif santé doit rester "anonyme" et non référencé comme objectif officiel dans les logiciels RSA. S'il quittait son caractère "borderline" il perdrait alors sa fonction palliative et prendrait le risque de figer le système. Par exemple, si des critères médicaux venaient évaluer le bien fondé des objectifs cela déséquilibrerait cette organisation. Jusqu'où évaluer le mal être social d'une personne au risque de lui couper toute ressource, alors que la société n'a rien à lui proposer d'autre puisque la seule dimension de mesure prise en compte dans notre société contemporaine n'est que le degré d'employabilité ?

L'inconvénient de ce type d'arrangement dans l'accommodation de l'action publique est qu'il est fragile et non pérenne. Au cours de ces 2 années de travail de recherche j'ai pu être spectatrice du durcissement de l'interprétation de la loi RSA. Ce compromis pourrait donc disparaître, puisque le frein médical ne serait plus suffisant. En effet, le nouveau PDI de Vaucluse accroît l'orientation vers l'insertion professionnelle, favorisant les sanctions en cas d'immobilisme de l'utilisateur. Contraint par de nouvelles restrictions budgétaires, le département préconise l'emploi pour diminuer le nombre d'allocataire. Tendre vers une amélioration générale de l'état de santé ne pourrait donc plus suffire selon ces nouveaux critères. Pourtant l'insertion peut être toute autre....

Cette étude a montré que certains allocataires ne contractualisaient pas autour d'objectifs emploi car ils avaient la charge d'un parent âgé ou d'un enfant handicapé. S'ils n'avaient pas cette fonction auprès de ces malades quel coût cela porterait-il sur la société ? Sur Pertuis, le Secours Populaire se plaint de ne pas avoir assez de bénévoles. Certains allocataires pourraient volontairement participer à ces actions associatives. Quelles seraient les répercussions sur le budget des aides financières si des familles aux RSA n'étaient plus soutenues à titre alimentaire ? Il s'agit donc bien de réfléchir à des axes stratégiques transversaux qui mettent en lien plusieurs missions du département, qui tendraient vers une politique sociale globale. Quels seraient les enjeux pour ce département s'il diversifiait une offre de service plus sociale pour ses contrats d'insertion ? Finalement cela reviendrait à proposer un accompagnement social classique, sur du court, moyen et long terme visant à tendre vers l'autonomie des

individus. Puisque ce sont les missions de base du travail social, cela remettrait en question la légitimité de l'obligation contractuelle....

A la fin de cet écrit est abordé l'inconditionnalité du revenu minimum. Sur le plan éthique la non contrepartie provoquerait une uniformisation pécuniaire des aides pour tous les citoyens. Sur le pan humain, y'aurait-il un risque qu'une partie de la population déjà exclue socialement le reste définitivement parce qu'aucun travailleur social ne soit contraint de contractualiser facticement un lien social avec eux ? L'étude pertuisienne montre que l'accompagnement social des plus éloignés de l'emploi est parfois gêné par la contractualisation. Elle dénature la relation d'aide, lui donnant trop de cadre et une temporalité pas toujours adaptée à la réalité des personnes.... Peut-être alors, la motivation à développer un projet personnel doit être déconnectée d'un risque de sanction financière. Cela remettrait totalement en question la contrepartie via l'obligation contractuelle du CER aujourd'hui. Un accompagnement à l'insertion sociale peut tout à fait s'envisager sans contrat. Par exemple, les professionnels qui organisent des actions collectives au CMS de Pertuis refusent catégoriquement que la fréquentation des ateliers soit notifiée dans les contrats d'insertion alors que ces rencontres produisent de l'inclusion sociale.

Si l'on permettait à l'allocataire de s'emparer autrement de la contractualité de son RSA en l'accompagnant à être librement acteur, peut être que l'action sociale serait plus efficace pour lutter contre l'exclusion et l'injustice. Il s'agit d'ouvrir le champ des possibles : se former à de nouvelles pratiques professionnelles et en renouant avec d'autres, favoriser le changement de regard de l'opinion sur ce public en révélant des utilités sociétales en dehors du champ de l'emploi.

Tout reposerait donc sur la qualité de l'accompagnement social sur le territoire à produire de la cohésion sociale.

La solution viendrait peut être justement du côté du territoire. Plus le diagnostic sur le plan local est précis et fiable, plus il a de chance de répondre correctement aux besoins. Sur l'échelle d'un territoire un individu est généralement connu par diverses structures. Fabriquer du lien et donc de la cohérence entre différents partenaires du territoire permet de prendre en compte toute la complexité d'une personne et d'augmenter ses chances de répondre efficacement à toutes ses problématiques. Le développement de l'accompagnement global CMS / PE va dans ce sens. Il pourrait se développer davantage en collaborant avec des actions proposées par les CCAS ou les associations locales. Face aux restrictions budgétaires, pour favoriser la cohésion sociale sur le plan local il est souhaitable de développer le

partenariat afin de mutualiser les ressources territoriales pour mieux valoriser les utilités sociales de tous.

Bibliographie

- Agence Nouvelle des Solidarités Actives, *Minima sociaux et politiques d'insertion*, mars 2017
- AFSA C., *Etat de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI*. DREES - N°7 février 1999
- ALBEROLA E., GILLES L., TITH F., Les effets du RSA peu perceptibles par les bénéficiaires CREDOC Consommation et mode de vie n° 250 avril 2012
- ARENDT H., 1958, *Condition de l'homme moderne*, Agora Pocket
- ARNOLD C., ROCHUT J., *L'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)*, DARES Analyses février 2013, n°8
- ATD Quart Monde - Lutter contre les préjugés
- AUTES M., *Les paradoxes du travail social*, 1999 DUNOD
- BAREL Y., 2006, *Le grand intégrateur*, revue Espace Social n°2
- BASSET B. Agences Régionales de Santé et inégalités sociales de santé, INPES 2008
- BERLIN I. *Deux conceptions de la liberté*, Eloge de la liberté, Paris Calmann-Lévy, 1990
- BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action* conférence du 16 décembre 2004 pour les services sociaux de département de la Meuse
- BOLTANSKI L. et THEVENOT L. *De la justification : les économies de la grandeur* édition Gallimard 1991
- BOUQUET B. *Le contrat en travail social* Informations sociales n°19, 1992
- BOURDIEU P., *La misère du monde*, Paris, seuil, 1993, cité par BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action*, conférence du 16/12/2004 www.roger-beriaux.com/data/news
- BOURGUIGNON François Comité national d'évaluation du RSA Rapport final décembre 2011
- CABANNES P. Y et LELIEVRE M., *Minima sociaux et prestations sociales* DREES Collection études et statistiques. Éditions 2016
- CASTEL.R, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard
- CAVALO M; D'ISANTO A; LOUBET A, *Minima sociaux et prestations sociales* DRESS-édition 2016
- CLEMENT E, ASH n°2888 du 19/12/2014
- CHARDON O DAGUET F, juin 2006 "*Les familles monoparentales des difficultés à se loger et à travailler*" n°1195 www.insee.fr
- Conseil Départemental de Vaucluse CD84.fr
- Conseil Départemental de Vaucluse, Plan Départemental d'Insertion 2017-2020, Pole Développement
- Conseil Départemental de Vaucluse, Plan Départemental d'Insertion 2015-2017, Direction de l'Insertion
- Cours des Comptes, *L'insertion des bénéficiaires du RMI*, février 2002
- DARY S, LAIDEBEUR P, PADIEU C, La lettre de l'ODAS finances départementales "*Les dépenses départementales d'action sociale 2014 : le doute n'est plus permis*" 06/2015
- *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*, 24 juin 1793, article 21
- DE GAULEAC V. et I. TABOADA LEONETTI *Honte et pauvreté - Déchéance sociale et processus d'insertion* Rapport de recherche pour la CNAF, 1992
- Diagnostic de territoire 2013-2014 du Centre Médico Social de Pertuis, CD 84

- DIAZ-BONE R, THEVENOT L. *La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises*. Revue Franco allemande de sciences humaines et sociales (n°3626, 2010) TRIVIUM
- DURKHEIM E., *De la division du travail social*, Paris, PUF, 2007
- DURKHEIM E., *De la division du travail social*, Paris, PUF 1986 (1ère édition 1983) cité par BERTAUX R., *L'insertion : conceptualisation et pratiques, orientations de l'action*, conférence du 16/12/2004 www.roger-bertaux.com/data/news
- DUVERGER T., *André Gorz, une vie dédiée à la liberté*, <https://reporterre.net>
- DUVOUX N., *Le RMI : retour sur le tournant des politiques d'insertion* La découverte "Regards croisés sur l'économie"2008 n°4
- DUVOUX N., *Le RMI et les dérives de la contractualisation* Repenser la solidarité, l'apport des sciences sociales, Le Lien social Puf 2008
- DUVOUX N. *L'autonomie des assistés*. Le lien social. Puf 2009
- FNARS *Suspendre la diffusion de "rue des allocs"* Fédération des acteurs de la solidarité
- FROTIEE B., KERSCHEN N., *L'individu dans l'Œuvre de Robert Castel. Individu-travailleur et Individu-citoyen*, Sciences et actions sociales n°6 -2017, www.sas-revue.org
- FOUURIERE P. European Minimum Income Network et Agence nouvelle des Solidarité Actives-Compte rendu de la conférence "*Quelle pistes d'évolution du RSA en France ?*" du lundi 30 juin 2014
- GAZAIN S. RSA conjoncture n°9 publié par la Caisse des Allocations Familiales mars 2015
- GRAWITZ M. *Méthodes des sciences sociales* 9ème édition, PRECIS DALLOZ 1993
- Guide à l'intention des autorités sociales. *Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne*. 2009
- GORTZ A. *La société salariale a besoin de nouveau valets*, Le monde diplomatique juillet 1990
- GRILLOT T., *Le travail : valeurs, attentes et frustrations. Un entretien avec R. Castel, D. Méda et L. Roulleau-Berger*. La Vie des idées, www.laviedesidees.fr
- HOIBIAN S., BIGOT R., CROUTTE P, CREDOC Collection des Rapports. *RSA, prestations familiales et aides aux familles, état de l'opinion en 2012* n°288
- HOFSTEDE G., *Cultures et organisations* - Pearson Education, 2010
- HONNETH A. *Lutte pour la reconnaissance*. Sciences Humaines n°172, juin 2006
- ION J. *Travail social et souffrance psychique*. - DUNOD 2009
- ISEL A. DREES *Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012: privations et difficultés financières* Etudes et Résultats n°871, février 2014
- LAFORE R., *Les trois défis du RMI. A propos de la loi du 1er décembre 1988*, Actualités juridique - droit administratif, 1989
- LENOIR R, *Les exclus, un français sur dix*, édition le Seuil 1974
- Le régime Britannique de sécurité sociale, www.cleiss.fr
- LEWIN K. *Frontiers in Group Dynamics*, 1946 <https://com7016.travaux.wikispaces.com>
- LOUBET A; REDURON V, *Le RSA en 2014 : une augmentation qui fléchit mais reste soutenue*, Etudes et résultats DRESS / caisses des allocations familiales n° 908 mars 2015
- Ministère des Solidarités et de la santé "*Comment s'organisent les politiques d'insertion à destination des allocataires du RSA*", solidités-sante.gouv.fr
- MONTOUSSE M., 2008, 18 *De la division du travail social Etude sur l'organisation des sociétés supérieures Emile DURKHEIM* 100 fiches de lecture, ed. Bréal, fiche 18
- MOISY M., *Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA*. DREES - n°882 juin 2014
- NACHI M. *Concept commun et concept analogique de compromis : un air de famille* - Revues sociologiques 3097
- Onpes.gouv.fr

- PAUGAM S., *L'intégration Inégale, le travail en dehors de l'emploi, l'exemple allemand*. PUF 2014
- PAUGAM S. *La disqualification sociale* PUF 1991
- PETIT F., *Le droit à l'accompagnement : émergence d'un concept juridique*. Informations sociales 2012/1 (n°169) CNAF
- *Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*, article 11
- Revenu de base : <http://revenudebase.info/comprendre-le-revenu-de-base>
- Revenu Minimum [https://fr.wikipedia.org / aide sociale au Québec](https://fr.wikipedia.org/aide_sociale_au_Qu%C3%A9bec)
- Revenu Minimum [https://fr.wikipedia.org / Revenu Minimum Danemark](https://fr.wikipedia.org/Revenu_Minimum_Danemark)
- Revenu Minimum [https://fr.wikipedia.org / Revenu Minimum Portugal](https://fr.wikipedia.org/Revenu_Minimum_Portugal)
- Rapport d'activité 2014 du Centre Médico-Social de Pertuis. Conseil Départemental de Vaucluse
- RIFFLART C., *L'incertitude Américaine*, Alternatives Economiques, février 2013
- RIFKIN J., 1997, *La fin du travail*, éd. Broché
- ROSANVALLON P. *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*. Paris. le Seuil 1995
- ROUSSEAU J.J., *Du contrat social* éditions Flammarion
- SUPIOT A., *La contractualisation de la société*, Université de tous les savoirs, Odile Jacob, 2000
- TREMBLAY J-M, *Du contrat social ou principes du droit politique* collection "Les classiques des sciences sociales"

Table des matières

Introduction	6
I - Le RSA : Comment être solidaire avec les plus démunis dans une société fondée sur le travail ?	12
A- Exclusion et désaffiliation : une longue histoire sur fond de société de travailleurs ?	12
1- Histoire de l'exclusion	12
2- Le problème de l'exclusion dans une société de travailleurs	15
3- Emergence d'une politique d'insertion dans les sociétés contemporaines	17
a) Définition	17
b) Les politiques d'insertion	18
4- La protection sociale en France : du Welfare au Workfare	20
B- Du RMI au RSA : vers un engagement contractuel pour la réinsertion des exclus	24
1- Naissance du RSA	24
a) Histoire du RSA	24
b) Définition	25
c) Données nationales	27
d) Objectif du changement du RMI vers le RSA	27
e) Mission du département	28
f) Le référent RSA	29
g) La contractualisation	31
2- Une prestation controversée	33
a) Un bilan plutôt positif pour le comité d'évaluation RSA	33
b) Quelques équivalents du RSA à l'étranger	36
c) Représentations médiatiques du RSA aujourd'hui	38
d) Représentations sociales du RSA aujourd'hui	39
e) Point de vue des allocataires sur le RSA	40
II - L'objectif santé pour l'insertion des plus démunis. Retour au terrain	43
A- Contexte local de la politique d'insertion en Vaucluse	43
a) Le département de Vaucluse	43
b) Sa politique d'insertion en Sud Vaucluse	46
c) Le Centre Médico Social de Pertuis	48

d) Le Public du Centre Médico-Social de Pertuis	49
e) Le contrat d'engagement réciproque au département de Vaucluse	52
B- Approche méthodologique de l'enquête	54
1- Outils méthodologiques mobilisés pour la recherche	54
2- Recueil de données affinant la situation du public concerné	56
C- Manifestation de signes de sentiment d'exclusion	64
1- La désaffiliation sociale	64
2- La disqualification sociale	66
3- La désinsertion sociale	68
D- Situation de santé des allocataires RSA	70
1- Des inégalités sociales de santé	70
2- Quelles sont les conditions de vie des personnes qui vivent du RSA ?	72
3- La santé des allocataires du RSA	74
III- L'objectif santé : un compromis acceptable pour les acteurs en présence ?	79
A- Un compromis entre les trois protagonistes	79
1- Définition du compromis	79
2- Explicitation de l'hypothèse	81
3- Résultats de la recherche : les marqueurs de compromis	82
B- La contractualisation questionnée par ses négociateurs ?	83
1- Définition du contrat dans le champ social	83
2- Evolution politique de la notion de contractualisation en trente ans	86
3- Le contrat d'insertion : outil imposé aux professionnels ?	89
4- Contrat d'insertion : vecteur d'inclusion sociale ou injonction à l'autonomie ?	91
C- Quels intérêts pour chacun des acteurs ?	93
1- Vision de l'accompagnement	93
2- Apports théoriques pour comprendre les enjeux	95
a) Compréhension par la sociologie des conventions et l'interculturalité	95
b) Analyse des forces en présence lors de la signature	99
D- Vers une ré-interrogation de la place du travail ?	102
1) Place et fonction du contrat d'insertion santé ?	102
2) Expérience du revenu de base	104
Conclusion	107

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Evolution du formulaire de contractualisation de 1989 à 2017	p 117
Annexe 2 : Construction de la typologie des allocataires RSA ayant un contrat à visée santé	p 126
Annexe 3 : Etude du contenu des CI santé validés en commission	p 129
Annexe 4 : Guides des entretiens et grille d'exploitation des entretiens	p 132
Annexe 5 : Exemple d'une analyse comparative chez les 3 acteurs : fonction du CI santé pour l'allocataire (du recueil des informations à l'analyse des marqueurs)	p 139
Annexe 6 : 2 entretiens retranscrits intégralement	p 149

Annexe 1

Evolution du formulaire de contractualisation de 1989 à 2017

- avant 2006	p 118
- de 2006 à juin 2017	p 121
- depuis 2017	p 125

110
S

REVENU MINIMUM D'INSERTION RENOUVELLEMENT DU CONTRAT D'INSERTION

CLI de : APT PERTUIS

N° du contrat : 2e

Numéro du service instructeur
0545083020491504

Coordonnées du service instructeur
Cachet :
*Centre Médico-Social
6, Chemin Saint-Clair
- 41120 PERTUIS -
Tel. 09.09.27.00
M. Degroot*

ALLOCATAIRE

NOM : [REDACTED]
Prénoms : Fatima
Date de naissance : 09.09.73
Lieu de naissance : Algérie
Adresse : 31 Rue Francallete - 41120 PERTUIS
Situation familiale : divorcé
Date entrée dans le dispositif :
Ayant droits : Yassin 8 ans
Katib 7 ans

Concernés par le contrat

ÉVALUATION DU PRÉCÉDENT CONTRAT

Pour M. [REDACTED] Fatima et M. [REDACTED]

Projet et actions proposées :
Appui de la famille dans la recherche
d'emploi de M. [REDACTED]
aide aux démarches administratives et de logement

Moyens envisagés :
renouvellement carte de séjour
faire valoir les droits CAF et Secur.
demandes de logement HLM

Étapes envisagées :

Pour autres :

Projet et actions proposées :

Moyens envisagés :

Etapes envisagées :

6, Chemin Saint-Clair - 84120 PERTUIS
TEL : 90.09.27.30 - Fax : 90.79.27.76

30 OCT. 2002

ARRIVEE

PROJET DU RENOUELEMENT

Pour M. [redacted] Fatima et M. :

Projet et actions proposées :

1) pour suite de l'action entreprise pour le rachat
d'un bien qui libère [redacted] et d'un
bien pour le mois d'achat et que le logement
actuel est vétuste et très humide

2) [redacted] des dépenses de [redacted] et de [redacted]

Moyens envisagés :

droits :

3) [redacted] de [redacted] le P.A.C. en attente d'une
[redacted] d'accompagnement [redacted] [redacted] la
des enfants

4) [redacted] autour de la parentalité

Etapes envisagées :

110
Pour autres :

Projet et actions proposées :

Moyens envisagés :

Etapes envisagées :

Je m'engage à respecter les termes du contrat.

Durée proposée : 3 mois
du 11/10/02 au 31/10/02

Signature du(s) bénéficiaire(s)

DÉCISION DE LA COMMISSION LOCALE D'INSERTION

Date d'examen par la CLI : 23/10/2002

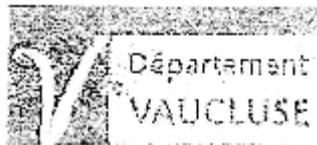
Observations de la CLI :

Durée du contrat : du 11/10/02 au 31/10/02 soit : 3 mois

Signature du Président de la Commission
Locale d'Insertion

"En application de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'exploitation informatique de ce document a été autorisée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Le droit d'accès et de rectification prévu par l'article 34 de la loi précitée s'exerce auprès du secrétaire de la Commission Locale d'Insertion."

Exemplaire destiné au service instructeur



REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE

CONTRAT D'INSERTION

Loi n° 2004-1249 du 1^{er} décembre 2004
L'édret n° 2009-404 du 15 avril 2009

Article L. 261-27

Le bénéficiaire du revenu de solidarité active a droit à un accompagnement social et professionnel adapté à ses besoins et capacités qui se réfère, dans l'application de la présente section, les mêmes droits et démarches qu'appartiennent au bénéficiaire et à son conjoint marié ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, qui signent chacun le projet ou l'un des contrats mentionnés aux articles L. 262-31 à L. 262-36.

Article L. 261-28

Le bénéficiaire du revenu de solidarité active est tenu, lorsque, d'une part, ses ressources de foyer sont inférieures au niveau du minimum forfaitaire mentionné au 2^o de l'article L. 261-3 et, d'autre part, qu'il est sans emploi ou ne tire de l'exercice d'une activité professionnelle que des revenus inférieurs à une limite fixée par décret, de rechercher un emploi, et accompagnement les démarches nécessaires à la création de sa propre activité ou d'acquiescer aux autres mesures à son initiative inscrites dans le projet professionnel.

Pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active inscrites dans des zones de remplacement prévues à l'article L. 5421-2 du code du travail, le statut des obligations mentionnées à l'article L. 5421-3 du même code sous réserve des règles prévues par la présente section.

Les obligations suscitées en vertu, au titre du présent article, de l'obligation de recherche de travail mentionnée à l'article L. 261-3 du présent code tiennent compte des spécificités particulières, notamment au regard de l'enfance, auxquelles celui-ci est assujéti.

Article L. 261-29

Le bénéficiaire du revenu de solidarité active ayant fait l'objet de l'orientation mentionnée au 2^o de l'article L. 261-28 conclut avec le département, sous réserve de la validation du conseil général, sous son délai de deux mois après cette orientation, un contrat librement négocié limitant leurs engagements réciproques au maître d'insertion sociale ou professionnelle.

Le contrat peut, par convention, couvrir la conclusion du contrat prévu au présent article ainsi que les missions d'insertion qui en découlent, à une autre collectivité territoriale, à un groupement de collectivités territoriales ou à l'un des organismes mentionnés à l'article L. 261-15.

Article L. 261-30

Sauf décision prise au vu et au vu de la situation particulière du bénéficiaire, le versement du revenu de solidarité active est suspendu, en tout ou partie, par le président du conseil général :

1^o Lorsque, du fait du bénéficiaire et sans motif légitime, le projet professionnel d'accès à l'emploi ou l'un des contrats mentionnés aux articles L. 262-35 et L. 262-36 ne sont pas réalisés dans les délais prévus ou ne sont pas renouvelés ;

2^o Lorsque, sans motif légitime, les dispositions du projet professionnel d'accès à l'emploi ou les stipulations de l'un des contrats mentionnés aux articles L. 262-35 et L. 262-36 ne sont pas respectées par le bénéficiaire ;

3^o Lorsque le bénéficiaire du revenu de solidarité active, accompagné par l'orientation mentionnée à l'article L. 261-28 du code du travail, a été inscrit de la liste mentionnée à l'article L. 5411-1 du même code ;

4^o Ou lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent chapitre.
Cette suspension ou part temporaire cesse que le bénéficiaire, assisté à sa demande par ses mandataires ou celui-ci lui-même, ait obtenu de faire connaître ses observations aux équipes pluridisciplinaires mentionnées à l'article L. 262-39 dans un délai qui ne peut excéder un mois.

Lorsque, à la suite d'une suspension de l'allocation, l'allocataire ne peut remède à une reprise de ses ressources et la voir réduire, à des circonstances relatives à la période de suspension, il en informe le président du conseil général en présentant le cas de l'allocataire concerné et en expliquant les motifs de la cessation du versement de l'allocation.

Lorsqu'il y a eu suspension de l'allocation, au titre du présent article, son versement est repris par l'organisme payeur sur décision du président du conseil général à compter de la date de conclusion de l'un des contrats mentionnés aux articles L. 262-35 et L. 262-36 ou du projet professionnel d'accès à l'emploi.

CONTRAT D'INSERTION
REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE
Département: NT SV
N° Allocation: 10.64.224

N°
Nom du référent: M. DEUSTE
Organisme de Référence: A.S. Valois
Étude Approfondie Autre réintégration

CONTRACTANT

Nom: [REDACTED] Prénom: Claudette
Bénéficiaire Conjoint
Date de naissance: 16/02/1962
Adresse: 1336 Lieu dit "La Plan"
84160 PUYVERT

ELEMENTS DU CONTRAT

OBJECTIFS

- Emploi
- Formation
- Autre (à préciser dans la zone texte libre)
- Logement
- Social

SANTÉ

Zone texte libre (2000 caractères)

DEMARCHES

- Inscription Pôle Emploi
- Adhésion P.U.T.
- Inscription Agences Immobilières
- Inscription Insertion par l'Activité Économique
- Évaluation des compétences
- Recherche Organismes de Formation
- Suivi de formation
- Inscription SAO 115 (hébergement)
- Dépôt dossiers Bailleurs Sociaux
- Consultation agences immobilières
- Démarches administratives liées au handicap
- Constitution dossier simultanément - rétablissement de l'équilibre budgétaire
- Faire valoir droits éventuels
- Recherche moyens de garde enfants
- Autre (à préciser dans la zone texte libre)

Zone texte libre (2000 caractères)

→ Mettre en place les soins
→ Stabiliser la situation au regard du logement.

MOYENS PROPOSÉS

DANS LE CADRE DU PDI

- Accompagnement à la recherche d'emploi
- PCE

- Accompagnement à la création d'entreprise
- CDE du Sud Luberon comité bassin emploi

- Ateliers et Chantiers Insertion
- MAISON DES MATIÈRES DU PATRIMOINE - Restauration et entretien des espaces naturels et du patrimoine sur le territoire du P.N.R.L.

- Groupement d'Employeurs Insertion et Qualification
- GEX BTP 84 - Avignon Accompagnement dans l'emploi (Bâtiment - Travaux Publics)
- GRIQ ENVIRONNEMENT - Accompagnement dans l'emploi (Environnement)

- Réalis Travail Subannier
-

- Entreprise Insertion
-

- Entreprise Travail Temporaire d'Insertion
- AIR 84 - Multi services
- BAT'INSERIM 84 - Mise à disposition BTP
- LASER 84 - Mise à disposition agriculture

- Association Intermédiaire
- Allo Service - Mise à disposition
- PRESENCE VERTE SERVICE - Mise à disposition

- Régle de quartier
-

- Action collective de mobilisation (ADREP) Adressé aux personnes âgées de 60 ans et plus, à la demande de la personne concernée, l'ADREP permet de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et d'un accompagnement collectif.

- Mobilité
- MINIBUS SERVICE : Le service Minibus permet de bénéficier d'un transport adapté à la demande de la personne concernée.
- Trans'pass Le service Trans'pass permet de bénéficier d'un transport adapté à la demande de la personne concernée.
- Transport à la demande Le service Transport à la demande permet de bénéficier d'un transport adapté à la demande de la personne concernée.
- Logement
- DECLIC
- APAS

- Aides financières APSE Adressées aux personnes âgées de 60 ans et plus, les aides financières APSE permettent de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et d'un accompagnement collectif.
- Aides financières AFD Adressées aux personnes âgées de 60 ans et plus, les aides financières AFD permettent de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et d'un accompagnement collectif.

Mrs. PIRE

- Aide accompagnement familial
- Suivi Conseiller en Économie Sociale et Familiale
- Mesure d'Accompagnement Social Personnalisée
- Foyers
- Mesure d'aide sociale 2016 Emploi
- Aide financière logement Fonds Départemental Unique de Solidarité Logement
- Accueil de Recherche Logement
- Aide financière Aide Sociale à l'Enfance
- Aide financière CAZMISA
- Aide financière autre
- Aide aux transports autre
- Autre (à préciser dans le zone texte libre)

Mme PEREZ est propriétaire d'un terrain à Roquefort sur lequel sont installés un cabanon et un petit hangar. Cependant, elle vit à Marseille hébergée chez sa cousine. C'est là que sa fille est scolarisée, et que Madame Travailla. Madame PEREZ doit prendre une décision pour mettre en adéquation son lieu de résidence et sa domiciliation administrative. Par ailleurs, elle rencontre actuellement des problèmes de santé. Des investigations sont en cours afin de lui apporter les meilleurs soins.

Vice-Présidente du Responsable de l'Organisation en charge de la Santé

Pour le Président et par délégation
L'Adjointe au Responsable du Centre Médico-Social de Pertuis

Catherine HAUCHART

Je m'engage à respecter les termes du présent contrat à compter du 01/04/2016 au 30/09/2016

Signature du contractant :

COMMISSION DE 25/04/2016

Contrat validé : OUI pour la période de 01/04/2016 au 30/09/2016

Observations :

.....

.....

Le Président du Conseil général

Pour le Président et par délégation
L'Adjointe au Responsable du Centre Médico-Social de Pertuis

Catherine HAUCHART

Catherine HAUCHART
Adjointe au Responsable du Centre Médico-Social de Pertuis

CONTRAT D'INSERTION
REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE
Unité Territoriale Du Sud Vaucluse

N° :
Votre Référent : ACHIDIAN Brigitte
CMS de Pertuis

N° Allocataire : 1189587/
Date de la proposition : 10/03/2016

Etude Approfondie Pour réintégration

CONTRACTANT

Nom : [REDACTED] Prénom : Ida
Bénéficiaire Conjoint
Date de naissance : 22/03/1987 Téléphone :
Adresse : RUE PAUL ARENE RES LE RONSARD BAT B 2 84120 PERTUIS

ELEMENTS DU CONTRAT

OBJECTIFS

Autre (précisez)

santé

DEMARCHES

Autre (précisez)

soins

MOYENS PROPOSES

AIDE FINANCIERE ASSOCIEE

Non

Mme [REDACTED] est âgée de 29 ans. Elle élève seule ses deux enfants de 5 et 6 ans. Elle souffre d'un problème de santé d'ordre neurologique pour lequel elle est soignée à l'hôpital d'Aix-en-provence et elle a également des soins de kinésithérapie réguliers.
Dans l'attente d'une amélioration de sa santé, Mme [REDACTED] n'est pas en capacité d'accéder à l'emploi.

Visa technique du Responsable [REDACTED] le m'engage à respecter les termes du présent contrat,
De l'Organisme en charge Pour le Président et par délégation et compter du 01/03/2016 au 31/03/2016
De la Référence L'adjointe au Responsable du Centre Médico- Social de Pertuis Date et signature du contractant :

Catherine HAUCHART
DECISION LE 10/03/2016

Contrat valide : NON OUI
Observations (dont modification de la période du contrat)

départemental

Le Président du Conseil

Pour le Président et par délégation
L'Adjointe au Responsable du Centre Médico-
Social de Pertuis

Catherine HAUCHART

[Signature]

Annexe 2

Construction de la typologie des allocataires RSA ayant un contrat à visée santé

- questionnaire aux référents p 127
- grille d'exploitation des résultats p 128

Commentaire :

Le questionnaire "grille d'analyse des contrats d'insertion à visée santé " a été distribué aux 13 référents du CMS de Pertuis au mois de novembre 2015 leur demandant de spécifier la nature des objectifs des contrats d'insertion signés dans les 18 mois précédents. 130 CI santé étaient concernés sur les 392 de la période de référence. Un questionnaire était à compléter par allocataire qui avait ce type d'objectif.

Les 130 grilles d'entretien étant complétées, j'ai comptabilisé dans des tableaux les résultats par thématiques. C'est cette base de données qui a constitué les statistiques et graphiques des p 56 à p 61.

Grille d'analyse des contrats d'insertion à visée santé

TYPologie

sexe	Homme	femme					
âge	16 - 25 ans	25 - 35 ans	35 - 45 ans	45 - 50 ans	50 - 55 ans	55 - 60 ans	60 ans et +
situation familiale	Celibataire	couple ss enfant	couple avec enfant	seul avec enfant			
type de logement	locataire HLM	locataire privé	caravane ou autre	propriétaire	hébergé		
lieu d'habitat	village centre	ville centre	campagne				
mobilité	Oui	non					
RQTH	Oui	non					
AAH	Oui	non					
invalidité / salaire / retraite	Oui	non					

CONTRAT D'INSERTION et SANTE

Depuis quand la personne est-elle dans le dispo RMI / RSA ?	
Depuis quand la problématique médicale est-elle apparue ?	
Est il un problème :	physiologique psychologique addiction
Nombre de contrats d'insertion relatif à l'objectif santé ?	
Dans les 3 derniers contrats d'insertion :	
- s'il y'a d'autres objectifs que la santé, quels sont-ils ?	Dernier CI Avant dernier CI Avant avt dernier CI
- quelles sont les démarches à entreprendre ?	
Y'a-t-il eu une interruption du RSA durant les 3 dernières années ?	Oui Non
Si oui la raison est-elle liée à :	l'emploi / la santé / déménagement / sanction / admini / autre
La santé constitue t- elle le frein majeur à l'insertion de cet allocataire ?	Oui Non
Si oui masque t'il un problème de :	motivation / manque de confiance en soi / isolement / travail dissimulé / autre
Selon vous, quelle orientation pourrait être utile (même si cela n'existe pas) pour cette personne ?	

DUREE DANS LE DISPOSITIF	
moins d'1 an	
entre 1 et 3 ans	
entre 3 et 6 ans	
entre 7 et 10 ans	
plus de 10 ans	
TOTAL	

INTERRUPTION DE VERSEMENT	EMPLOI	SANTE	DEMENAGEMENT	SANCTION	ADM.	AUTRE
OUI						
NON						
TOTAL						

APPARITION DE LA MALADIE	
moins d'1 an	
entre 1 et 3 ans	
entre 3 et 6 ans	
entre 7 et 10 ans	
plus de 10 ans	
TOTAL	

OBJECTIF SECONDAIRE AU CONTRAT SANTE	
Emploi	
Formation	
Logement	
Social	
Autre	

TYPE DE MALADIE	
physiologique	
psychologique	
addiction	
TOTAL	

AUTRES ORIENTATIONS	

RECONDUCTION DES CONTRATS SANTE	
entre 1 et 3 fois	
entre 3 et 6 fois	
entre 7 et 10 fois	
plus de 10 fois	
TOTAL	

DEMARCHES ASSOCIEES AU CONTRAT SANTE	
Inscription pole emploi	
adhésion PLIE	
Inscription agences d'intérim	
Inscription insertion par l'activité économique	
évaluation des compétences	
recherche organismes de formation	
suivi de formation	
Inscription SAO 115 (hébergement)	
dépôt dossiers bailleurs sociaux	
consultation agences immobilières	
démarches administratives liées au handicap	
constitution coss et surencertement	
faire valoir droits éventuels	
recherche moyens de garde d'enfants	
autre	
TOTAL	

FREINS A L'INSERTION	
manque motivation	
manque confiance en soi	
isolement	
travail dissimulé	
autre	
TOTAL	

Annexe 3

Etude du contenu des CI santé validés en commission

p 130

Commentaire :

Au cours d'un trimestre en 2016, 118 contrats d'insertion ont été étudiés en commission. 55 d'entre eux ont été validés autour d'un objectif santé. J'ai étudié le contenu précis de ces CI santé. (Objectif(s) et démarches, orientations, justifications des objectifs). Ces données sont reprises pour analyse aux p 62 à 64.

Etude des CI santé validé en commission

au cours d'un trimestre au CMS de Pertuis

Nbre de commission : 8

Nbre de dossiers étudiés au total : 118

Nbre de CI santé validé au total : 55, **soit 45%**

Parmi ces 55 CI santé, proportion par sexe : - 36 femmes

- 19 hommes

Parmi ces 55 CI santé, proportion par âge : - 18-25 ans : 1

- 26-35 ans : 10

- 36-45 ans : 13

- 46-55 ans : 18

- 56-et plus : 13

Etude des contenus :

Objectif santé seul : 36 /55

Si objectif associé :

- logement : 6
- emploi : 7
- administratif / budget : 4
- social : 9

Objectif santé justifié par :

- description du problème que cela entraîne : 25
- précision sur les démarches médicales à entreprendre : 35
 - avec spécificité * opération à envisager : 7
 - * suivi spécialisé à poursuivre : 20
 - * orientation vers spécialiste : 7
 - * bilan global, examens médicaux à faire : 6
- justifier une situation de non emploi : 14
- orientation vers un dossier MDPH : 19 pour AAH : 17 ; pour RQTH : 2

- orientation vers l'infirmière : 1
- expliquer la situation par l'arrivée d'un nouvel enfant : 1
- en attente de retraite imminente : 4
- L'allocataire est aidant familial pour 1/3 qui est :
 - son parent 3
 - son conjoint 2
 - son frère, sœur 1
 - son enfant 4

Annexe 4

Guide des entretiens et grille d'exploitation

(8 cadres ou élus / 13 référents RSA / 13 allocataires)

- Construction guide d'entretien Responsables Politiques Publiques	p 133
- Grille d'exploitation des entretiens Resp. Politiques Publiques	p 134
- Construction guide d'entretien Référent RSA - CMS Pertuis	p 135
- Grille d'exploitation des entretiens référents RSA	p 136
- Construction guide d'entretien Allocataire RSA - CMS Pertuis	p 137
- Grille d'exploitation des entretiens Allocataires RSA	p 138

Construction de la grille d'entretien

Responsables Politique Publique

Dans cette catégorie je rencontrerais les **cadres** du service insertion et les **élus** locaux.

Rappelons notre hypothèse générale et celle qui intéresse ce protagoniste :

HG : Le contrat santé représente un compromis acceptable entre l'allocataire, le travailleur social et la politique publique.

HIS politique publique : *Le service insertion est conscient de ces tactiques reconductions mais n'a pas une offre d'insertion suffisante pour proposer des alternatives.*

Par l'intermédiaire des statistiques, des bilans d'activités, réunions avec les CMS le service insertion connaît la proposition des contrats à visée santé sur l'ensemble des contrats d'insertion réalisés par les référents RSA des CMS. Néanmoins ce constat devrait être nuancé puisque ces contrats, qui sont étudiés en interne par la responsable adjointe, ne transitent jamais sauf exception (en cas de refus d'insertion, ou sortie sanction) par l'UT ou le service insertion.

Face à un taux de chômage galopant, l'accroissement du nombre de bénéficiaires RSA, un budget insertion toujours plus limité, une faible qualification chez les plus anciens allocataires, le service insertion ne mise pas sur le retour à l'emploi des plus de 45 ans qui connaissent des problèmes de santé.

Elus et cadre sont conscients que l'insertion n'est pas réalisable pour des personnes qui cumulent les freins au retour à l'emploi. Le contrat d'insertion à visée santé est une alternative acceptable pour ce service car les allocataires acceptent tout de même la contrepartie à remplir un contrat d'insertion et rencontrer au moins 2 fois par an un travailleur social. Du point de vu de l'électorat on demande quelque chose en échange aux RSA qui doivent respecter leurs devoirs. Cadres et élus ne s'attardent pas sur les contenus des contrats. Ils ne cherchent pas y avoir accès tant que légalement la contrepartie est assurée. Il s'agit donc bien d'un compromis dans une zone d'incertitude où ce protagoniste module entre les vauclusiens qui payent des impôts et qui pourraient demander des comptes aux efforts effectués par les allocataires du RSA pour cesser d'être redevable de la solidarité nationale, et les vauclusiens non imposables qui bénéficient du versement d'une allocation qui leur permet de survivre et d'éviter de se révolter.

QUESTIONS pour l'entretien

Je souhaite interroger 3 élus et 7 cadres de l'insertion qui ont répondu favorablement à ma requête. Je cherche à connaître leur point de vu sur les items que j'ai déjà évoqué avec les protagonistes précédents (référents et allocataires) : avantage et inconvénient de l'existence d'un contrat santé / sentiment sur le RSA / accompagnement social de ce public / connaissances sur ce public et proportion / actions mises en place par le service insertion destiné à ce public.

Ainsi les questions qui pourraient cadrer nos rencontres seraient :

En préambule connaître : Depuis quand la personne occupe cette fonction ? Que connaît elle de mon sujet ?

- Quels sont les axes majeurs du nouveau PDI 2015-2021 ?
- Connaissez vous les contrats d'insertion à visée santé sur notre territoire ? (proportion, selon eux typologie de ce public)
- Pourquoi selon vous, référents et allocataires se retrouvent-ils à contractualiser sur ces objectifs ?
- Quelle politique met en place le département de Vaucluse pour ces allocataires RSA ?
- Quel avenir, proposition ce responsable verrait il vis à vis de ce public ?

GRILLE d'exploitation des entretiens Responsables Politiques Publiques

<p>Nom de la personne</p> <p>Statut-ancienneté dans le poste</p> <p>Avis sur le dispositif global RSA</p>	
<p>Connaissance sur le contrat d'insertion et le public reçu en CMS</p>	
<p>Axes majeurs du PDI 2015-2020 selon elle ?</p>	
<p>Connaissance des dispositifs d'insertion sur territoire du CMS</p>	
<p>A-t-elle connaissance du nombre important des CI santé ?</p> <p>Quelle est son hypothèse face au grand nombre de CI santé ?</p>	
<p>Selon elle, quel est l'avantage et l'inconvénient pour le travailleur social de contractualiser sur la santé ?</p> <p>Selon elle, quel est l'avantage et l'inconvénient pour l'allocataire du RSA de contractualiser sur la santé ?</p> <p>Quelles propositions a-t-elle à proposer sur cette problématique ?</p>	
<p>Marqueur de compromis</p>	

Construction de la grille d'entretien

Référent RSA

Rappelons notre hypothèse générale et celle qui intéresse ce protagoniste :

IG : le contrat santé représente un compromis acceptable entre l'allocataire, le travailleur social et la politique publique

HS référent RSA : *Face à une offre d'insertion insuffisante, le travailleur social propose des contrats santé par défaut.*

Il est éthiquement tiraillé entre la posture humanitaire du RSA et celle de l'autonomisation de l'allocataire. Les politiques d'insertion actuelles ne proposent pas de solutions adaptées à des publics très carencés socialement et la MDPH ne peut rendre moins restrictives ses conditions d'attribution à l'AAH pour des raisons financières. Le contrat d'insertion à visée santé constitue une alternative acceptable car l'allocation est toujours versée sans qu'il y ait une injonction à devenir plus autonome.

Le référent RSA, face à la complexité et la précarité des situations des allocataires les plus éloignés de l'emploi dans un contexte d'austérité du service insertion, tente de maintenir le lien social.

QUESTIONS pour l'entretien

Cherchez les marqueurs de compromis. Qu'est ce qui est acceptable pour le travailleur social ? Pourquoi le CI santé est une bonne alternative pour lui ?

le travailleur social

- Age, formation, trajectoire en particulier vis à vis de la mission insertion
- Pourquoi concluez-vous des objectifs autour de la santé dans les CI de certains de vos allocataires ?
- Du point de vue de votre profession initiale qu'évoquent les objectifs santé dans le RSA ?

l'allocataire

- Que permet l'objectif santé pour vos allocataires ?
- Qu'est ce qui lui paraît acceptable et moins acceptable de la part du service insertion ?

le service insertion

- Quelle fonction a le service insertion pour ces types d'allocataires ?
- De quel outil le service insertion voit-il ce type de contractualisation santé ?

Pourriez vous me mettre en relation avec un de vos allocataires qui a un contrat santé et qui accepterait de me rencontrer pour un entretien ? Sexe, âge, ancienneté dans le dispositif

GRILLE d'exploitation des entretiens référents RSA

TRAVAILLEUR SOCIAL	
Age	
Durée mission RMI-RSA	
Objectifs les + courants	
Reconduction CI Santé	
Intention du TS dans ces contrats d'insertion?	
Sentiment du TS vis à vis de sa mission insertion ?	
Symbolique du RSA pour le TS ?	
Intérêt obj santé pr Alloc	
Acceptable pour Alloc ?	
Fonction du service Insertion ? Pol Publiq ?	
Pourquoi valider le CI ?	
Marqueur de compromis	

Construction de la grille d'entretien

Allocataire RSA

Rappelons notre hypothèse générale et celle qui intéresse ce protagoniste :

IG : Le contrat santé représente un compromis acceptable entre l'allocataire, le travailleur social et la politique publique.

HS allocataire RSA : L'invocation des raisons de santé relève d'une stratégie plus ou moins consciente et volontaire pour exploiter une faille du système.

Parmi les allocataires qui finalisent leur contrat d'insertion autour de l'objectif santé, il existe 2 types de profils :

- Ceux qui ont de réelles difficultés médicales durables, évolutives ou ponctuelles qui nécessitent une orientation vers des soins et qui empêchent toute insertion professionnelle.
- D'autres mettent en avant une "bobologie" qui garantit une sécurité face au système de contrôle RSA. Ils souffrent davantage de maux sociaux depuis de nombreuses années qui les éloignent de l'emploi : manque de qualification, absence de motivation, mauvaise estime d'eux même, isolement social, ou choix délibéré de ne pas intégrer le marché de l'emploi par calcul financier ou idéologique. Ils ont intégré que la contractualisation avait une fonction normative dans laquelle il ne trouvent pas leur place et la mise en avant de problème de santé permet d'être reconnu dans un statut même temporaire vis à vis du contrôle RSA. Par convention nous désignerons ce groupe souffrant de "handicap social".

Il me paraît plus intéressant du point de vu de la compréhension des pratiques professionnelles de s'intéresser davantage au second profil pour lequel l'étude de ce mémoire permettrait de faire évoluer l'accompagnement proposés à ces personnes.

QUESTIONS pour l'entretien

Je souhaite donc interroger 10 allocataires souffrant de "handicap social" et 3 allocataires ayant de réels problèmes de santé afin de vérifier si je ne passe pas à côté de nouvelles explications au phénomène. Néanmoins j'utiliserais la même grille d'entretien pour les 13 allocataires.

Je me baserai sur un questionnaire équivalent (sauf dans la formulation) à celui utilisé pour les entretiens référents RSA afin de tenter de vérifier l'hypothèse du compromis acceptable pour tous les protagonistes.

Chercher les marqueurs de compromis. Qu'est ce qui est acceptable pour l'allocataire ? Pourquoi le CI santé est-il une bonne alternative pour lui ?

En préambule connaître : l'âge, la situation familiale, le lieu d'habitation, l'antériorité dans le RSA.

Par rapport au référent RSA

- L'entretien bis annuel avec votre référent RSA, c'est quoi pour vous ?

Vis à vis de lui même

- Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients d'avoir signer un contrat d'insertion autour d'un objectif santé ?

Par rapport au service insertion

- Selon vous, quelle rôle et place joue le service insertion dans la signature de votre contrat d'insertion ?

GRILLE d'exploitation des entretiens allocataires RSA

Nom de l'allocataire	
Age / situation familiale	
Durée dans le dispositif RSA	
Contenu de son CI	
Avantage pour l'allocataire de ce contrat d'insertion santé	
Sentiment de l'allocataire d'être au RSA	
Et si le RSA n'existait plus ?	
Intérêt de l'accompagnement social	
Inconvénient pour l'allocataire de ce contrat d'insertion santé	
Fonction du service Insertion ?	
Représentation de la politique	
Vote t-il ?	
Marqueur de compromis	

Annexe 5

Exemple d'une construction d'analyse comparative chez les 3 acteurs :

Fonction du CI santé pour l'allocataire

- recueil des informations par acteur p 140
- sélection des données par groupe d'acteur en fonction du thème abordé p 143
- analyse comparative des marqueurs de compromis :
fonction du CI santé pour l'allocataire RSA p 147

Commentaire :

A partir des grilles d'exploitation des entretiens pour chaque acteur j'ai découpé les déclarations pour chaque thème. J'ai souligné par couleur les avis principaux et regroupé en bas du document les idées essentielles. Ensuite, sous forme de tableau j'ai repris les idées forces afin de comparer les avis des 3 acteurs en fonction du thème abordé. C'est ce qui m'a permis de produire les analyses et vérifier s'il y avait bien compromis entre eux. (Tableaux exploités dans la partie III du mémoire).

GRILLE d'exploitation des entretiens allocataires RSA

nom de l'allocataire	M ^{me} DS
âge / situation familiale	48 ans - 1 enfant & conj. - Retraite - Cadavre
Durée dans le dispositif RSA	1 an
Contenu de son CI	rente - logement
Avantage pour l'allocataire de ce contrat d'insertion santé	<ul style="list-style-type: none"> " Me faire du temps pour me occuper de mes enfants " " Si on se fiance & avec une pension, ça me fait bien - Elle m'aide et prend le temps " " Les contrats ça me permet de savoir où j'en suis "
Intérêt de l'allocataire d'être au RSA	<ul style="list-style-type: none"> " Si on se fiance de venir ici - Au début ça n'est pas " " Si on ne peut pas mais j'arrive à vivre "
Est-ce que le RSA n'existe plus ?	<ul style="list-style-type: none"> " Ben on avait dit qu'il y avait des aides mais de nos jours on se retrouve en de moins " " Ben on dit qu'il y a des aides c'est hyper important sinon y'a toujours que ça marche "
Intérêt de l'accrédipement social	<ul style="list-style-type: none"> " Ça me fait un peu plaisir de travailler un petit peu - Mais moi y'a de la peine " " Elle m'aide un peu plus de bien-être et de la vie "
Intérêt de l'allocataire de ce contrat d'insertion santé	<ul style="list-style-type: none"> " Si on se fiance avec un peu plus - Ça permet de travailler un petit peu - Mais moi y'a de la peine " " Comme ça on peut aller un peu plus - Ça permet de travailler un petit peu - Mais moi y'a de la peine "
Fonction du service insertion ?	<ul style="list-style-type: none"> " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler " " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler " " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler "
Représentation de la politique	<ul style="list-style-type: none"> " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler " " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler " " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler "
Vote t-il ?	OUI
Marqueur de compromis	<ul style="list-style-type: none"> " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler " " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler " " Ça veut pas de travailler pour travailler et ça veut pas de travailler pour travailler "

GRILLE d'exploitation des entretiens référents RSA

TRAVAILLEUR SOCIAL	F/D
Age	44 ans
Durée mission RMI-RSA	5 ans
Objectifs les + courants Reconduction CI Santé	aider - accompagner migrants qui font part. Progressivement - recherche d'emploi - → en fait de travail et projets -
Intention du TS dans ces contrats d'insertion ?	→ aider certain. Que les gens fassent les démarches pour pouvoir avoir de leur argent - → continuer à être dans le RSA mais être reconnus pour que ils sont reconnus - → c'est cela qui est leur but. → j'ai suivi beaucoup de la psychologie... y a aussi des messages de la part de leur famille... → regards à la demande de suivi conseil ? Savent se cacher dans l'ombre - → j'ai vu beaucoup de gens qui sont dans le RSA et qui ne font rien - → me sens pas le droit - y a l'envie pas de place - C'est pas de manger - j'ai vu pas de chance -
Sentiment du TS vis à vis de sa mission insertion ?	→ regard à la demande de suivi conseil ? Savent se cacher dans l'ombre - → j'ai vu beaucoup de gens qui sont dans le RSA et qui ne font rien - → me sens pas le droit - y a l'envie pas de place - C'est pas de manger - j'ai vu pas de chance -
Symbolique du RSA pour le TS ?	→ le RSA pour moi c'est une punition. Parce que le fait de ne pas travailler à l'âge - les gens peuvent pas être ly- tiquement et y a une partie de ça qui est de l'humiliation -> pouvoir - "ça se passe à l'âge de mes collègues" - y a une partie de ça qui est de l'humiliation et de l'envie -> ça se passe à l'âge de mes collègues - y a une partie de ça qui est de l'humiliation et de l'envie -> ça se passe à l'âge de mes collègues -
Intérêt obj santé pr Alloc	→ Ça rend de l'humiliation généralement et ça se traduit - → ça rend de l'humiliation. De son système qui est le comportement, qui les met pas trop en danger -> s'embourner beaucoup → ça me rend de l'humiliation et ça se traduit - → ça me rend de l'humiliation et ça se traduit -
Acceptable pour Alloc ?	→ Oui -> veut mettre en avant quelque chose qui n'est pas satisfaisant... c'est pas vraiment sa faute - → Ça me rend de l'humiliation et ça se traduit -
Fonction du service insertion ? Pol Publiq ?	→ "j'ai pas l'impression de travailler" -> j'ai l'impression de travailler -> j'ai l'impression de travailler -> j'ai l'impression de travailler - → j'ai l'impression de travailler -> j'ai l'impression de travailler -> j'ai l'impression de travailler -
Pourquoi valider le CI ?	→ Ça estiment que j'ai une dette -> Ça estiment, au service social pour faire toujours des choses - Mais → ça estiment que j'ai une dette -> Ça estiment, au service social pour faire toujours des choses - Mais → ça estiment que j'ai une dette -> Ça estiment, au service social pour faire toujours des choses - Mais
Marqueur de compromis	→ "Je suis obligé" -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... - → "Je suis obligé" -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... -
AUTRES	→ "Je suis obligé" -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... - → "Je suis obligé" -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... -> ça est un peu un peu obligé, mais ça n'est pas... -

ix

AVANTAGE/INCONVENIENT pour l'ALLOCATAIRE

x
L'allocataire

Un de ses avantages est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

Un autre avantage est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

Un autre avantage est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

Un autre avantage est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

Un autre avantage est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

Un autre avantage est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

Un autre avantage est que l'allocataire ne paie pas de cotisations sociales. En outre, il n'a pas à payer de cotisations de retraite. Il a droit à un complément de revenu. Il a droit à un complément de revenu.

- Ⓢ augmente & réduit la part de sa problématique
- Ⓢ dimens° adhésive & personnelle de la "santé"
- Ⓢ accentue l'impuissance du RSA
- Ⓢ renforce l'assistanat
- Ⓢ seule alternative au refus d'AAH
- ⓐ crée un revenu NSP
- ⓐ crée le bénéfice de la CMU

Q

AVANTAGE de la CI SANTÉ

Avantages

ER
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

LA
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

H
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

DS
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

BC
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

BA
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

G
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

V
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

P
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

B
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

M'S
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

A
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

M'S
- pas de mandat par le conseil de prud'hommes

- ne pas être obligé à travailler (6)
- ne pas avoir à se justifier (5)
- avoir la CMU (5)
- un minimum pour vivre (8)
- jamais se réigner, être obligé de s'occuper de soi (15)
- rendu solut° en cas de refus de l'AAH (4)



INTERETS OBS SNTÉ POUR ALL

La santé le bonheur, c'est ça de quoi on parle ?
c'est la possibilité de se sentir en sécurité, en se sentant en sécurité, en se sentant en sécurité. **F**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **H**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **MU**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **N**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **C**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **MAK**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **MY**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **B**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **MA**

Le RSA est un avantage plus que le RSA ?
Le RSA est un avantage plus que le RSA ? **C**

- justifier une situation de non emploi : 4
- continuer à percevoir le RSA : 8
- tranquillité vis à vis du système : 2
- être reconnu dans son mal être : 4
- se soigner : 7



ACCEPTABILITÉ POUR AVOCATAIRE

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **MAX**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **MY**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **B**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **M**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **N**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **F**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **MU**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **C**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **MAE**

Je suis sûr de moi-même et de ma capacité à gérer les choses. **CS**

- éviter la sanction : 5
 - reconnaissance statut de malade : 5
 - oui c'est acceptable pour lui : 7
 - acceptabilité tronquée par le système : 4
- (... et autres idées reçues
→ "régul" pour le contrat)

Fonction du CI santé pour l'allocataire RSA

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
- contrat santé réduit l'allocataire à sa problématique	- ne pas être obligé à travailler	- contrat santé permet d'éviter la sanction et continuer à percevoir le RSA
3	- avoir un minimum pour vivre et la CML	11
- contrat santé accentue l'impopularité du RSA	- pouvoir se soigner, s'occuper de soi	13
1	- rendre la même chose dans tous les contrats	7
- renforce l'assistant	- sentiment de désassechement, montré du doigt	6
2	- ravive une plainte, déprime	4
- seul alternative au relus d'VAII	- frustration à ne pas pouvoir proposer un autre objectif que la santé	8
1		
- avoir un revenu garanti, la CML		
2		
- alibi face à leur inemployabilité		
6		
incinément > avantage	incinément < avantage	incinément < avantage
11	25	6
3	30	24

Remarques et analyses comparatives :

Le contrat santé apparaît comme acceptable pour les négociateurs du contrat. Par contre il est moins understandable pour le financeur du dispositif. La reconnaissance du mal être individuel et la nécessité de soins sont repérés comme indispensables à l'accompagnement pour l'allocataire et son référent. Les cadres perçoivent que l'aspect santé n'est pas suffisant et qu'il faut tendre vers la mise en valeur de leurs compétences. Pourtant ces mêmes décideurs évoquent la concurrence de e public qui n'est pas assez qualifié vis à vis de l'emploi.

Margeur de compromis:

Le tableau montre que les négociateurs du contrat voient plus d'avantages au CI santé que les décideurs. Ces derniers sont donc contraints à accepter ce compromis majoritaire.

Fonction du CI santé pour le référent

8 CADRES et ELUS	13 ALLOCATAIRES	13 TRAVAILLEURS SOCIAUX
<ul style="list-style-type: none"> - difficultés du référent à évaluer, limiter les risques, miser sur l'avenir 3 - non impliqué dans cette mission d'insertion 2 - référent pas assez formé 4 - mission qui renvoi à l'impuissance professionnelle 1 - contractualiser sur l'objectif santé n'est pas professionnel 2 	<ul style="list-style-type: none"> - présence, soutien moral 10 - soutien social 6 - ne m'aide pas beaucoup 8 - "elle m'angoisse, j'ai honte " 3 - un collègue 6 - soutien administratif 4 	<ul style="list-style-type: none"> - absence de satisfaction professionnelle 7 - sentiment d'impuissance / inutilité 6 - pas assez de moyens 3 - problème de sens mot "bidon" mot "vide" 8 - remise en question de cette politique publique 7

Remarques et analyses comparatives :

L'analyse des discours à propos du référent social montre toute l'ambiguïté de sa place et la frustration professionnelle que cela génère chez lui. Il accompagne les allocataires mais n'est pas très efficace sans doute par manque de formation d'après les décideurs. Le couple allocataire/référent du terrain semble être l'usagé sur cette question par les décideurs.

Annexe 6

2 entretiens retranscrits intégralement

- Mr BC, allocataire du RSA référencé par le CMS de Pertuis p 150
- Mme N, référente RSA au CMS de Pertuis p 164

Entretien de Mr BC, 60 ans de Saint Martin de la Brasque

le 10/02/16

V: auteur de la recherche

BC : allocataire

V : alors pour commencer dites moi votre âge, vous êtes originaire de cette région

BC : je suis marseillais, j'ai passé mes 25 premières années à Marseille

BC : aujourd'hui j'ai 60 ans, Hollande a eu la bonne idée de mettre l'âge de la retraite à 62 ans pour nous, je ne vois pas comment je vais travailler jusqu'à 62 quand on ne peut pas travailler jusqu'à 60...

BC : Ouais

B : je n'ai pas travaillé à cause des problèmes de santé

V : oui pour invalidité

BC : Je suis en train de faire un dossier d'AAH, même si ça ne passe pas, ça prouve que j'ai une aptitude au travail. Le problème est que le RSA est un cercle vicieux, au niveau de la santé, parce que le RSA entraîne des problèmes de santé, quand on vit avec 450 euros par mois, on peut plus se nourrir, donc déjà quand on se nourrit pas correctement, y'a toutes les conséquences que ça entraîne, entre autre la malnutrition entraîne la déminéralisation, Monsieur Hollande appelle les pauvres les "sans dents", c'est la première chose qu'on perd, moi j'en ai perdu 12 en 5 ans.

V : ca fait combien de temps que vous êtes au RSA ?

BC : 4 ans

V: 4 ans ?

BC : En fait ça fait 4 ans mais que je touche le RSA ça fait 2 ans, parce qu'il m'est arrivé un problème, je m'occupais de ma mère jusqu'à sa fin de vie, et j'ai hérité de la maison, donc en tant que proprio pas le droit au RSA. Seulement pour être proprio il fallait payer les droits de succession....et je n'avais pas les moyens. Donc j'ai galéré 2 ans. C'est ce qui m'a créé les problèmes de santé de maintenant. Je n'avais pas de travail, je me suis endetté pour la succession... j'ai vendu mes bijoux, tout ce que je trouvais pour survivre pendant ces 2 ans. Donc j'avais plus de voiture, donc je pouvais plus me déplacer pour trouver un travail... Après ça a été l'EDF qui m'a été coupé....

V : Deux années noires, quoi...

BC : Oui, et 2 années pour récupérer...

V : Et vos problèmes de santé sont arrivés au même moment ?

BC : Ben en fait c'est arrivé quand ma mère est décédée donc j'suis tombé en dépression, ce qui n'a rien arrangé. Tout s'est emmêlé... J'ai 2 doctorats... (Rires)

V: Ah bon ! Alors vous, finalement les études, ou la recherche ça vous parle.

BC: J'ai été infirmier psychiatrique.... puis j'ai été aide soignant aussi.... parce que ça durait qu'un an.

V: Alors que vous aviez une thèse ?

BC: Oui mais celle là je l'ai passé à Brighton, c'était un doctorat en sciences humaines grâce au sport car j'étais sportif de haut niveau.

V: Ouahhhhh.... mais faut écrire un bouquin, vous avez fait plein de truc à raconter vous....!

BC: et en plus je suis écrivain....

V: Ah bon !!! Rires

BC: J'ai beaucoup de vies dans ma vie et ce qui me tue c'est de me retrouver dans cette situation et que je n'arrive pas à émerger. J'ai l'impression de faire 2 pas en avant, 2 pas en arrière et là je stagne...En fait je stagne parce que je voudrais avoir un statut social tout simplement Parce que le RSA ça donne pas de statut social. Je ne peux pas faire un crédit, je ne peux rien faire. Si au moins j'étais retraité...

V: Oui, là au moins vous seriez reconnu ? Là vous êtes à l'affut...

BC: Ben à l'affut de se qui va se passer...L'année dernière on m'a fait 2 saisie sur les comptes par les impôts... des taxes foncières des arriérés de ma mère n'avait pas réglé.... Elle payait rien de son vivant je le savais. Mais là je leur ai dit qu'ils n'avaient pas le droit de me faire des saisies sur le RSA car il est insaisissable, imprescriptible. Moi, 30 euros de prélèvement automatique + l'EDF, + l'assurance sur 450E, il me reste plus rien pour me nourrir. Déjà je serre la ceinture. Et c'est tout simplement à cause de ça, rien pour aller faire des courses, faut que je prenne un car pour aller à Pertuis...

V: Vous n'avez jamais eu le permis ?

BC: Si, si mais j'ai pas les moyens d'assumer le coût de l'achat et de l'entretien...Mais quand je parle avec des gens qui sont seuls...qui sont au RSA et qui ont aussi un loyer... A la fin du mois ils leur reste quoi ? Moi j'ai dû déblayer tout ce que je pouvais éviter....

V: Comment ils font ces gens là ?

BC: Ben ils travaillent

V: Leur seule motivation c'est de se lever le matin.... ils ont au moins le lien social. Seulement ils ne peuvent pas inviter un tel ou un tel, ou sortir... ils vont bien de temps en temps au cinéma... mais ils travaillent. Ils se demandent pourquoi ils se lèvent le matin parce qu'à la fin

du mois ils ne leur reste rien. Ils sont en train de bosser pour espérer avoir une retraite. Moi j'attends la retraite aussi....et j'aurais autant qu'eux.

BC: J'ai travaillé 35 ans.

V: Vous avez fait une évaluation du montant ?

BC: Je n'ai pas fait une évaluation mais approximativement je devrais avoir plus de 1000E. Donc quand je vois ma mère qui a bossé 44 ans et qu'elle touchait 750E de retraite, avec 1000E tous les 3 mois. Quand je vois ça autant faire la demande maintenant et si j'arrive à avoir mon statut social... sauf si mon docteur me dit que j'ai plus que 2 ans à vivre....

V: Pourquoi votre état de santé s'est vraiment dégradé ?

BC: J'ai une polyopathie : déminéralisation, dénutrition ça entraîne des arthroses, j'ai un calcul à la vésicule, un diabète de type 2...

V: Ah oui...Votre hypothèse c'est de dire que votre état de santé s'est dégradé depuis le RSA ?

BC: Oui à partir de là... quand on reste sans manger on ne tient pas... Moi je suis resté des semaines sans manger.

V: Vous étiez entouré à ce moment là ?

BC: Non, on ne voit personne. Quand ma mère est partie c'était fini. Ma motivation c'était qu'elle soit bien... je faisais que ça. Donc les amis du jour où j'ai plus eu un euros... y'avais plus personne, plus de copine... donc...pause....

V: Ou ça constitue une dégradation aussi

BC: mentale. Tout à fait. C'est celle là qui entraîne la dégradation physique. Je me posais la question à quoi ça sert de vivre. On se sent inutile. J'avais que ma mère.... je faisais plus que ça. De 2008 à 2012. J'suis parti en Italie, j'suis d'origine italienne, après le décès de ma mère m'occuper de 2 cousins en fin de vie.

V: Alors vous vous êtes le soignant de la famille !

BC: Oui c'est ça. Mais j'ai dû rentrer car là bas c'était la crise économique et que je voulais pas être un poids, m'inviter quoi. Après je suis revenu et là on m'a dit qu'il fallait que je fasse les papiers de succession... Je n'arrivais pas à faire le deuil donc c'était hyper dur de faire ces papiers.

V: oui, et puis vous viviez dans sa maison....

BC: C'est ça. J'y étais depuis 1990. Donc quand j'ai vu l'assistante sociale j'ai pu avoir les colis alimentaire. J'ai pu tenir un peu le choc. Mais sans voiture, sans rien....ce n'est pas possible pour les crédits, en plus j'avais un découvert, des dettes, je pouvais rien faire. Je pouvais plus redémarrer.

V: Et pour vous l'emploi à ce moment là ce n'était pas possible ?

BC: Déjà je n'avais pas la forme et je n'avais pas de voiture. Mes horaires c'était 8h du matin à 19h, dans le milieu médical sans rien dans le ventre. Ou on bloque sur la nourriture, ou on achète une voiture. Ce n'était pas possible je savais que je ne tiendrais pas le choc. En plus travailler en maison de retraite avec des personnes âgées, je sentais que je pouvais plus le faire, parce que c'est là qu'il y avait du travail... Pour refaire un transfert avec ce que j'avais vécu... non je ne le sentais pas. Ça me renvoyait le deuil de tous ceux qui étaient partis.... Et puis on se met à pleurer pour rien, je n'avais pas besoin de psy. Jusqu'au jour où je me suis demandé si j'allais me flinguer ou quoi.

V: Avec des idées suicidaires fortes alors

BC: Ben oui Quand on est plus utile à rien, on peut plus rien faire, on est rejeté partout....parce qu'on est trop vieux, plus de voiture... quand on est plus dans le milieu...Les gens ils vous invitent mais vous ne pouvez pas les inviter à votre tour donc on refuse des invitations....donc on coupe le lien social. Donc obligatoirement... moi en plus j'suis perdu dans la campagne. Les voisins c'est des retraités donc on ne partage pas grand chose... je suis resté 3 mois sans sortir.

V: 3 mois sans sortir ?

BC: Oui, sans parler à personne. Personne n'est venu taper à la porte pour savoir si j'étais vivant....

V: C'est raide...

BC: Ouais moi ce que je peux dire c'est ce qui m'a tué c'est l'indifférence. Donc à partir de là on se forge une armure....

V: Qu'est ce qui fait que vous êtes encore debout aujourd'hui ?

BC: Je crois que c'est parce que... on rentre dans la religion, j'suis chrétien, j'peux pas me suicider. Rire

V: Ben oui c'est une vraie réponse ça....

BC: Rire oui, j'attends la grâce de Dieu. Ce qui m'a aidé c'est le secours catholique. Parce qu'en venant chercher les colis je les ai rencontrés. Mais avec le secours catholique y'a pas de frais et moi avec mon diabète la boîtes de conserve ce n'est pas trop recommandé. Donc manger des fruits et des légumes au prix ou c'est...je ne peux pas toujours m'en acheter. Pour l'instant je ne suis pas encore à l'insuline. Dans mon malheur, j'étais dans le milieu médical donc quand je fais du diabète je connais les symptômes.... donc j'ai une fois passé 3 semaines à l'hosto.

V: Et cette rencontre avec le secours catholique ça vous a aidé sur plusieurs plans ?

BC: Ils m'ont proposé d'aller voir l'ancien prêtre qui m'a beaucoup aidé, financièrement aussi. Donc ils m'ont aidé accompagné. Le seul truc je pouvais faire c'était dire merci en allant à la messe donc j'ai rencontré d'autres gens. On faisait des lectures et interprétations des textes de l'Evangile, de la Bible. Ce n'est pas le coup d'interpréter qui m'importait mais plutôt de voir du monde, d'avoir des contacts, de discuter avec des gens. Ca me sort des médecins, c'est les seuls rendez vous que j'ai... A part ça ou faire mes courses, au niveau discussion... je vais plus au café. C'est incroyable combien j'ai vu des gens dégringoler...Ils passent leur vie à désœuvré au bar. Ils perdent progressivement le boulot, la femme, le statut, l'argent et l'alcool les rattrapent. C'est une forme de suicide inconscient ou conscient de gens qui n'ont plus gout à rien. Ils se laissent partir.

V: Vous avez des enfants vous ?

BC: J'ai un fils, ma femme est normande, parce que j'ai vécu là bas pendant 15 ans. Lui il est resté là bas.

V: Et vous le voyez ?

BC: Une fois par an. Quand je pouvais y aller à l'époque. Ce n'est pas lui qui pouvait m'aider, il a 33 ans.

V: Il a des enfants ?

BC: Non il ne veut pas se marier car il a une maladie héréditaire qui le rend aveugle. Moi ça a sauté ma génération, en plus je n'ai pas connu mon père. Lui son truc c'est de dire qu'on arrête la descendance. En plus il est un peu antisocial. Mais c'est un peu le manque de perspective des jeunes aujourd'hui. Ils n'ont pas beaucoup d'avenir.

V: Vous pensez qu'ils ont une vision noire de demain ?

BC: Plus que noire. Quand on sait qu'il y en a qui partent en Syrie, qu'ils ont plus d'espoir. Je ne veux pas généraliser, mais ils font des études et pour finalement se demander à quoi ça sert. Maintenant qui n'a pas sa licence ou sa maîtrise. Avant déjà pour avoir le bac c'était vraiment quelque chose. Maintenant avec une maîtrise je connais des gens qui ne trouvent pas de boulot. Bon moi mes diplômes je les ai eu à l'étranger.... J'ai quand même une licence en sciences politiques et une maîtrise en science de l'éducation. Mes doctorats je les ai faits grâce au sport en sciences humaines et en science du comportement aux EU et en Angleterre.

V:Ouaouh, vous avez un CV long comme le bras, vous !

BC: Rires Moi en général je faisais mon Cv sous forme de roman...

V: ah ben voilà, rires

BC: Après je plaisantais parce que quand je cherchais un boulot d'aide soignant je ne marquais même pas ce que j'avais à côté.

V: Surtout ça peut faire peur à l'employeur....

BC: Oui on m'a refusé un poste en me disant mais Mr vous allez vous embêter ici.

V: En même tant vous deviez bouffer quoi !

BC: Ouais ça me faisait sourire. La directrice m'a dit que les pauvres filles qui travaillaient là elles n'avaient même pas leur certificat d'étude, comme auxiliaire de vie. Elle avaient un jour l'espoir de viser le concours d'aide soignant. La directrice m'a dit non parce qu'elle m'a dit dans 10 mois vous allez partir moi j'ai besoin de quelque un qui reste. J'étais plus jeune j'avais 45 ans. J'ai toujours voulu rester indépendant et pratiquer 2, 3 activités à la fois. Je faisais pas pour l'argent. J'faisais du sport parce que la psychiatrie c'était prenant. J'ai 5 diplômes d'état d'éducateur sportif.

V: C'était quoi votre sport de prédilection ?

BC: La gymnastique. J'ai fait du sport de haut niveau, j'ai fait les JO en 1970. Et après je me suis lancé dans la natation parce que je pensais qu'il y avait des débouchés pour être maître nageur. Mais en fait ça m'a gonflé...tant que c'était du plaisir ça allait mais bosser avec des gamins qui courraient partout et qui criaient... non, et puis je faisais des crises de sinusite. Donc j'ai arrêté la natation. Bon j'ai beaucoup pratiqué d'arts martiaux, la boxe aussi, l'athlétisme... Et après j'suis passé au brevet d'état d'éducateur sportif pour handicapé mentaux. J'me suis occupé d'insérer les handicapés mentaux dans la société grâce au sport, dans les sports individuels... pas les collectifs... Ce qui était important c'est qu'ils côtoyaient des gens normaux.... parce que j'ai mon BFA, BAFD, j'ai fait un DEFA... j'ai inséré les gens dans des campings pour être avec des gens normaux. Donc, ils n'étaient pas toujours dans leur foyer, leur CAT. Après j'ai travaillé dans un service de suite à Marseille, La Chrysalide, pendant 2 ans les jeunes qui sortent du foyer on les mettait dans des appartements thérapeutiques. Y'avait des couples, parce qu'ils se mariaient entre eux...le truc c'est qu'ils ne fassent pas d'enfants... c'était plus difficile..., gérer leur budgets, accompagner dans le sport... le tout c'est qu'ils sortent pour voir le plus de gens... ils devaient se prendre en charge... l'autonomie.... moi ce qui me prends la tête c'est que j'ai plus d'autonomie. Je suis tributaire d'un voisin pour aller faire les courses ou que j'aille au centre social.

V: vous êtes loin du centre social ?

BC : 3 km.

V: Et y'a pas de bus ?

BC : Ah non, j'suis venu à pied.

V: Ouais ça fait le sport.

BC : Ouais je pense que ce que j'ai fait pendant ma jeunesse ça m'a permis de survivre. Pour me chauffer fallait couper du bois. J'allais chercher de l'eau au village à la fontaine...

V: Ouais on ne se rend pas compte que c'est le XXIème siècle là.

BC : Ouais j'étais Neandertal

V: J'avais articulé ma recherche sur des questions un peu précises. L'entretien bis annuel avec votre référent RSA c'est quoi pour vous ?

BC : Ben l'entretien c'est déjà une obligation de faire le point de ce qu'on a fait. Mais à chaque fois c'est une déprime. Ah oui on est toujours au même point. On ne peut pas avancer... par exemple uniquement pour prendre rdv chez l'ophtalmo il m'a fallut 2 mois. Ce n'est pas la semaine prochaine. Donc je sais même pas si je vais pouvoir conduire un jour ce n'est pas évident...

En fait je ne me sens pas utile et quand je vois la référente RSA ça réveille tout ça. Sauf quand j'ai été à Lourdes accompagner les malades parce que j'étais soignant avant.

V: C'est une expérience qui vous a plus ?

BC : Y'a des gens qui n'ont aucune expérience de ce monde là parce qu'ils le font par foi. Moi je leur ai expliqué comment il fallait faire pour s'occuper des malades, les porter... Ca m'a permis d'étaler un peu ma science mais surtout de coordonner parce que c'était un peu le bazar. Rires. On ma demandé de revenir mais l'année dernière j'étais à l'hôpital. Mais voilà je me suis senti utile et puis bon ça va j'ai surmonté mon deuil. Parce que j'ai vu des gens en fin de vie. C'est triste mais je n'ai pas fait la relation avec ma mère....j'étais plus le technique que l'affectif.

V: Ce qui fait que quand vous voyez Mme Blanc ça à quoi comme sens ce rendez vous ?

BC : Ca a un sens comme quoi on m'envoie comme a chaque fois qu'on a des droits et des devoirs. Et le devoir c'est d'aller voir une assistante sociale. C'est la moindre des choses de s'y présenter et de dire où j'en suis dans mes démarches. Et mes démarches c'est de plus en plus C'est pour ça qu'elle m'a orienté vers la santé parce que j'avais de plus en plus de soucis. Ca m'est arrivé de voir des employeurs mais on me disait de régler d'abord mes histoires de successions mais j'étais pris un coup chez le notaire, chez l'avocat, le médecin. Ya eu 3 employeurs qui m'ont sorti de régler d'abord mes soucis.... Je voulais des horaires aménagés....Avant j'avais jamais de soucis pour trouver un poste... je quittais et j'en retrouvais tout de suite un. Je disais ce n'est pas moi qui ait besoin d'un employeur c'est vous qui avez besoin de moi ! Les gens étaient un peu choqué mais une fois l'essai passé, ils me gardaient. Il me fallait 3 jours pour prendre mes marques. je me suis aperçu qu'il y avait plein de trucs à faire. Par exemple à Lauris.... On me présente Mme je sais plus quoi. Elle ne me regarde pas

couchée dans son lit. Je demande si elle est comme ça depuis longtemps on me répond que oui....Alors je dis "bonjour Mme" en lui prenant la main, et je dis "Regardez moi parce que sinon vous me reconnaitrez pas la prochaine fois que je viendrais". Elle s'est tournée et m'a parlé. On m'a dit "oh, elle t'a parlé". Ben c'est sûr si tu ne parles pas aux gens ils te répondront pas... la communication la dame s'est levée et elle faisait un tour... elle a repris une vie institutionnelle, mais une vie quand même....

V: Après j'avais une question : Quelle sont selon vous les avantages et les inconvénients d'avoir signé un contrat d'insertion avec l'objectif santé ?

BC : Ben les avantages... c'est que moi, je suis pas hypocrite....dans le sens que je vais pas dire j'ai des problèmes de santé pour pas aller travailler.... ben si au contraire si j'avais pas de problèmes j'irais travailler. Ca permet de mettre les choses au clair. je porte mes analyses, je dis voilà. J'ai pas bullé, je préférerai porter mes demandes d'emploi ou mes CV pour dire j'ai pas ça... plutôt que d'amener le calcul de ma vésicule ou ma scintigraphie des os... ou je ne sais quoi. Je donne tout ça à Mme Blanc et elle voit bien que j'espère aller mieux pour passer à autre chose. Parce que de toute façon que je sois à la retraite ou pas à la retraite de toute manière j'irai travailler. Je truc c'est qu'il faut que je règle mes soucis de santé. Je peux plus travailler dans le milieu médical. Non sinon c'est moi qui vais dans le lit. Je peux plus soulever des poids... L'arthrose au niveau de mes articulations.... L'os se fragilise et se soude en même temps... donc soulever une personne....J'espère qu'un jour je pourrais créer ma maison d'édition.

V: Votre maison d'édition ?

BC : Oui, mais ça je pourrais le faire quand j'aurais l'esprit libre. Là j'arrive plus à écrire. Je ne sais pas si c'est la déprime. C'est l'écriture qui m'a permis de gagner beaucoup d'argent, de pas profiter du système... Si j'ai perdu tous mes droits au chômage, à la sécu pendant 5 ans parce que je me suis occupé de ma mère... c'est bien parce que j'avais de l'argent de côté de mes bouquins et que je n'avais pas de besoin....j'ai jamais réclamé un centimes à l'Etat.

V: Vous avez écrit beaucoup de livres ?

BC : J'écrivais surtout pour les autres....j'ai un peu écrit pour moi, d'ailleurs j'attends qu'on me paye toujours mes droits d'auteurs... c'est sur Amazone, Google et compagnie....

Quand j'ai voulu travailler pour moi j'ai voulu travailler sur la jeunesse. Le thème c'était les origines des arts martiaux sous une forme adapté aux enfants pour la compréhension. Roman fictif, mais avec les techniques aussi ... Expliquer aux gens d'où ça vient, pourquoi c'est venue... le code des valeurs.

Après j'ai écrit un bouquin sur la philo. Je me suis dit que c'était intéressant d'initier les plus jeunes à la philo dès la 3ème. J'ai expliqué le secret des Eléates. Les éléates c'étaient une philo grecque, le cœur de la démocratie, comment un esclave peut arriver à libérer son peuple....seulement il ne devient pas roi, il le refuse....la liberté c'est ça de ne pas être obligé de prendre cette place... de refuser. La démocratie ne devrait pas permettre à quelque un de prendre cette place, c'est que chacun doit avoir la sienne et y'a pas besoin de quelque un derrière toi pour te dire que tu dois faire ci ou faire ça. Le droit naturel.... l'initiation c'est une idée, j'avais expliqué les différentes formes de pensées de la philosophie. Chacun doit se trouver et savoir où il se sent bien...

V : Donc là vous voudriez bien reprendre l'écriture mais vos problèmes de santé vous en empêchent ?

BC : Non, y'a pas que ça. Il faut investir. Il faut payer l'ordi, il rame le pauvre. Faut que j'achète des cartouches d'encre, des ramettes, des chronopostes pour envoyer aux éditeurs.... et faut voir les éditeurs, ils éditent les livres mais ils les diffusent pas... Donc c'est toi qui va les distribuer pour les vendre... en plus y'a le numérique. Donc j'écris, je fais la correction et en plus je dois les vendre....j'avais payé en plus ces gens là. Et cher, donc à l'époque j'avais des sous je réinvestissais... donc maintenant je préfère créer ma propre maison d'édition. Mais il me faut des contacts. De toute façon si je n'ai pas de voiture, pour contacter les gens, faire les sites voir les dessinateurs pour les BD.... J'ai tout de prêt, en projet mais pour ça faut que je sois stable. Je dis toujours, si on me dit t'es foutu t'en a pour 2 ans, j'en profiterais, je prendrais un train....

V : Vous êtes en train de manger votre pain noir....Donc si je comprends bien les avantages et les inconvénients d'avoir signé...

BC : Je suis maintenu dans un minimum de droit, sinon j'suis mort. J'ai les colis alimentaires mais avec mon diabète, j'suis mort.

V : Et les inconvénients, ce serait le problème de reconnaissance... ?

BC : Oui, c'est ce statut. Ben voilà le RSA ça bloque plus qu'autre chose d'un autre côté. On a un regard d'assisté par rapport à la société. C'est à dire que le type est considéré comme un fainéant. Le gars il ... moi j'ai entendu Estrosi pour ne pas le nommer que les gens au RSA devrait faire 7 heures de travail hebdomadaire pour payer le RSA. Ca me dérangerait pas d'en faire 15. Mais ce n'est pas ça qui va changer les choses.

V : Pour vous ou pour la société ?

BC : Pour la société. Parce que si on fait 15h c'est parce qu'il les faut ces 15h donc vous n'embauchez personne. C'est ce qui s'est passé sous l'époque de Mitterrand où il a créé les

TUC, travailleur d'utilité collective....Mais il a cru créé un million d'emplois, il a créé un million de chômeurs. Parce qu'un employeur va embaucher un TUC plutôt qu'un emploi classique ça lui coûte moins cher, donc création d'emploi précaire. C'est ce qui risque d'arriver. On va piquer du travail à ceux qui sont déjà en poste ? C'est trop facile, ou alors on paye comme il faut. Je pense qu'il y a des gens qui sont malades car notre société est malade. C'est une société paradoxale. Le truc simple, on vous vend des cigarettes mais c'est interdit de fumer On vous vend des voitures qui roulent à 300kmh mais faut pas dépasser le 130. On vous autorise à boire de l'alcool mais le taux d'alcoolémie doit être à 0. Donc y'a des choses aberrantes. Maintenant on vous incite à travailler plus pour gagner moins. Rires...On fait 35h ... puis 40h. On vous met le couteau sous la gorge. A un moment les gens ils perdent leurs motivations, leurs valeurs....sans compter les valeurs de l'argent. Parce qu'avec l'euro...

V:Ca vous l'avez senti ?

BC : Ben déjà avec les personnes âgées, ils parlaient déjà à l'ancien franc. Je l'ai vu avec ma mère ou dans les maisons de retraite. Mais moi je calcul toujours en franc. Je sais que ce n'est pas normal qu'une baguette va bientôt arriver à 10Fr. Ce n'est pas possible. Presqu'un euros....et la baguette est plus petite. Et les loyers sont exorbitants. Moi j'ai connu une époque où le smic était à 2500Fr mais les loyers à 50Fr.... loyer 50 Fr par mois le studio.

V: Donc forcément vous pouviez consommer et relancer l'économie

BC : Ben forcément....maintenant les cigarettes c'est 6, 50 euros... bon ce n'est pas bon pour la santé mais je peux plus fumer des cigarettes, je me suis mis aux roulées. Parce qu'il me fait la semaine, le paquet de clopes me fait 2 jours. C'est arrivé à une telle aberration qu'obligatoirement les gens sont dans la précarité. Même en travaillant....C'est obligé qu'ils soient malades, le type il est plus facilement malade s'il dort dans sa voiture....

V: Donc vous, vous me dites que vous n'avez pas trop le choix en fait ?

BC : Je ne suis pas tout seul, je n'ai pas le choix mais les autres non plus. Y'a pas d'autres choix que de se lever le matin, d'autres c'est d'aller se faire un rayon parce qu'ils ont un cancer. Moi je n'ai pas le choix d'être au RSA sinon je suis mort. Si on ne me donne pas le minimum vital... heureusement que je n'ai pas de loyer, j'ai pas le téléphone non plus mais j'ai un portable... Je prends 5 euros de forfait pour appeler mon fil ou quand on m'appelle....j'ai ma facture d'EDF, mais je me chauffe plus...quand je peux je fais une flambée à la cheminée, je mets un pull, mais sinon j'arrive à 100E d'électricité par mois... Y'a des trucs, non ... c'est ni avantage, ni inconvénient. Le seul avantage c'est d'avoir un lien social d'avoir une personne si j'ai un souci j'ai une référente qui a les bonnes portes d'entrée pour passer direct. Quand c'est moi qui appelle direct, j peux attendre. Voilà ça c'est un avantage, on a quelque un à qui parler

et puis c'est au moins la même personne. Quand tu vas dans un service c'est jamais la même, tu recommences le dossier... voilà l'avantage du RSA c'est ça. Je n'attends pas des miracles, j'explique la situation et ça me décharge un peu l'esprit.

V: Au moins y'a cette fonction de soutien.

BC : Oui, oui, économique mais aussi moral des fois et un soutien social pour arriver à m'aider quand je peux ne pas me déplacer car elle sait à qui s'adresser. On perd un peu moins de temps, ce qui ne veut pas dire que ça a changé les choses, les impôts ils m'ont quand même fait des saisies.... Et l'inconvénient c'est d'être au RSA et d'avoir le regard des autres c'est un assisté.

V: Ca vous le sentez fortement ?

BC : Oh oui, je sais bien qu'il y en a qui le font, je ne suis pas....rires... je ne suis pas un saint je sais bien qu'il y en a qui profits du système. Mais moi vous voyez j'ai perdu mes droits au chômage...et on m'a envoyé au RSA

V: Ma dernière question, quand je parle du service insertion (explication), quel symbole ça a pour vous tout ça ?

BC : Ecoutez... le RSA avant c'était le RMI, je l'ai étudié quand j'étais à sciences po. Dans le RMI, y'a le revenu minimum mais l'insertion... pouf rires... qui a inséré qui ? Qui s'est inséré ? On est rentré dans un cercle vicieux qui fait qu'on a un revenu minimum mais après pour s'insérer ce n'est pas ça qui a changé les choses. On a changé la dénomination... la famine existe toujours. On ne changera pas les choses si on ne prend pas l'insertion à bras le corps. Déjà 450E pour vivre, ce n'est pas possible...quand y'a un loyer les politiques devraient en prendre conscience. 450E c'est l'équivalent de 1500Fr du RMI il y a 20 ans, donc ça n'a pas bougé. L'ASS c'est la même chose. Et le coût de la vie du Fr a l'euro n'a pas cessé d'augmenter. Donc l'insertion à ce niveau là... Si les politiques ne prennent pas conscience que pour s'insérer il faut un minimum pour manger, se vêtir... par ce que sinon on ne vit pas. On peut pas se présenter devant un employeur avec un pull déchiré ou alors faut passer à la croix rouge... Y'a des gens qui ont honte. Jamais ils n'iront à la croix rouge ou au secours catholique demander des vêtements ou un colis. Parce que y'a des gens c'était des cadres et ils se retrouvent du jour au lendemain au chômage et puis c'est la descente. A un moment y'a plus rien...

V: Et ça les politiques publiques vous pensez qu'elles en sont consciente ou y'a une distance entre les gens et les lois....?

BC : Le problème c'est l'idéologie politique. Vous aurez toujours.... en même temps les socialistes aujourd'hui, bon... mais même les communistes... si on prend les valeurs, les

idéologies primaires comme le partage, l'équité, l'unité nationale elle se fait par l'éducation,... l'éducation c'est l'insertion. Si les gens avaient plus de formation parce que pourquoi les gens sont au chômage c'est parce qu'ils n'ont pas les qualifications requises. Il faudrait prendre par classe d'âge et ne pas englober tout le monde dans le même panier. Commencer par ceux qui sont de 25 ans qui sont aussi dans la précarité... Imaginons qu'ils soient seul, faut pas compter sur leur parents parce qu'un jour ils en auront plus des parents. Il faut qu'ils apprennent à se débrouiller de suite et les politiques doivent leur donner les moyens par la formation, logement sociaux, une aide par une assistante sociale qui va les orienter. Ca on l'apprends pas à l'école, on n'apprend pas que les impôts on va en payer tant, l'EDF, les charges... on leur apprend pas à gérer leur vie on leur apprend que 2 et 2 ça fait 4. Alors que moi quand j'ai commencé ma formation dans le technique... on m'a pas appris le code du travail mais j'ai su qu'un sous est un sous. Je suis parti avec un CAP de plombier, technicien en mécanique des fluides, j'ai fait le lycée et tout. Mais on nous a appris le droit du travail, la réglementation, les comités d'entreprise, toutes les charges sociales, attention. On savait à quoi s'attendre. Là ils se retrouvent avec une licence ou une maîtrise et au bout...

V: Alors comment on pourrait changer les choses selon vous ?

BC : Ben déjà commencer par les classes d'âge et ne pas englober tout le monde dans le même panier. Y'a des gens, les jeunes faut les remettre dans la réalité, qu'ils sortent de leurs jeux vidéos, ils sont plus du tout dans leur internet. Il faut les enlever de tout ça et leur montrer la vie ce que c'est. Les mettre dans des lieux de stage où ils ne sont pas exploités. Ils doivent jouer le jeu, les employeurs. Ce stagiaire pourra devenir pour eux un excellent ouvrier.

V: Y'a pas d'anticipation des services insertions, y'a pas de vision à long terme des politiques publiques ?

BC : Ah pour eux le RSA ce n'est pas du long terme. Il faut que ce soit court ou moyen terme...Déjà on a changé de conseil général, on est passé à droite et la première chose qu'ils ont fait c'est de supprimer la prime de Noël. C'est pas le cout de 150E mais faire un petit cadeau à son fils parce qu'on n'a pas les moyen...ils ne peuvent pas imaginer... à la limite si vraiment ça coutait trop cher faut tout arrêter. Et là ils auront une révolution ça c'est obligatoire.

V: Vous pensez que les gens seraient capables de se révolter ?

BC : Rires...Ben déjà ça commence à bouger, même chez les gens qui travaillent. Parce que les gens ils en ont marre de se faire exploiter, travailler + pour gagner - et se faire dégager à la fin. Voilà, et ça va arriver aussi parce que qu'est ce qu'ils font les gens, dans les quartiers nord

pour s'en sortir ? Ils se mettent dans la délinquance obligatoirement. Donc ça coute cher à l'économie, les trafics de drogue, les assassinats, les agressions, les cambriolages, ça coute cher en assurance, en politique publique parce que même un abri bus écrasé faut le payer, une école qui brûle...

V: Mais ils en sont conscients les politiques de tout ça, non ?

BC : Conscient oui, mais ils n'ont pas les moyens. C'est pire que ça, c'est une question d'idéologie. Si tout le monde était communiste ou tout le monde front national à la limite... On est tous comme ça, on ne peut pas être un petit coup socialiste, puis libéral puis FN....On va tous dans le même... il faut qu'il y ait un attentat pour se sentir solidaire ou fraternel. Non, on remet notre liberté, c'est ça la démocratie....dans les mains de personnes à qui on a confiance mais si ces personnes n'agissent pas sur le terrain. Qu'est ce qu'on fait ?

V: Et pourquoi elles n'agissent pas ?

BC : Rires... Ben y'a un processus depuis la IVème république, l'élu il est élu et une fois qu'il est élu il en donne un peu mais pas trop... Y'a toujours cette idéologie que le peuple comprends rien. Laissez nous faire, nous on sait.

V: alors l'allocataire du RSA qui en plus a des problèmes de santé, alors personne ne le prends en compte ?

BC : Ben ils attendent qu'une chose c'est qu'il meurt.

V: Vous dérangez, vous pensez ?

BC : Ceux qui dérangent actuellement c'est les retraités. En 2014 11400 retraités sont morts dans l'année : suicide, maladie, dépression. En 2015 les 6 premiers mois de l'année 18000 retraités sont morts uniquement parce qu'ils n'avaient pas le vaccin contre la grippe. Alors ça va mieux aujourd'hui.

V: Vous êtes cynique un peu ? Rires

BC : Ouais moi j'ai plus de télé ni internet. J'écoute la radio. Il faut faire le tri, mais l'élément qui revient faut y prendre attention. Là on entend qu'on vit plus vieux mais faut aussi écouter qu'en ce moment on vit moins vieux. On est entrain de faire de l'élitisme. Ceux qui n'ont pas les moyens sont bons pour le cercueil. Ils n'ont plus rien à faire dans une société et que les gens malades ça dérange. Voilà. Et puis on sera toujours trop nombreux, on accueille les réfugiés moi je ne suis pas contre on a accueilli ma famille, je ne serais pas là...

V: Ca vous rend philosophe de regarder la société ?

BC : J'ai toujours regardé la société depuis que je suis petit. Je regardais les adultes comment ils se comportaient. Al époque j'avais fait comme Piaget, " la schématisation de la Pensée" et en fait la société c'était une échelle, et on montait les barreaux comme les fonctionnaires avec

les échelons on essayait d'aller vers le haut. Aujourd'hui c'est un cercle. Y'a ceux qui sont dedans, ceux qui sont dehors, et ceux du dedans ils poussent les autres en dehors. Sinon on sera trop serré dans le cercle.

V: Et vous vous êtes où ?

BC : Je suis à la périphérie, c'est-à-dire avant j'étais au milieu et on m'a lentement éjecté. Et il m'en faut pas beaucoup pour me foutre dehors. Je suis sur le fil, soit je tombe, soit je me remets.

Le truc c'est avoir de l'espoir, d'avoir un projet d'avenir. Même pour une personne de 70 ans...qu'ils aient un projet, faire des économies pour changer sa télé...des trucs bêtes ou se payer un voyage.... faire une croisière. Et le jeune c'est pareil, avec ce qu'il est capable de faire. Moi c'est de pouvoir être utile. Je pense que si j'arrive à créer ma maison d'édition ce n'est pas pour être connu, reconnu mais pour donner mon expérience aux jeunes. Ne vous découragez pas, ne partez pas en Syrie. Ici ou ailleurs mais j'ai vécu. La dernière fois en 2006 quand je suis allée en Grèce j'avais déjà senti la crise économique. C'est un principe de base c'est bien quand on fait sciences po... Le truc des "suprims" c'était inévitable....

La politique publique c'est la gestion de la cité, l'intérêt du public et là il faut faire la part des choses entre l'individuel et le collectif. Si vous avez des gens malades ça va coûter cher plus tard, ça ils n'ont pas compris.... Ce sont les politiques qui devraient réfléchir à plus long terme. Y'a rien de pire que l'indifférence.

Entretiens référent RSA

Nathalie, le 29 décembre 2015

N : référente RSA

V : auteur de l'enquête

V : J'aurais besoin de savoir, ton âge, ta profession et ta trajectoire en particulier vis à vis de la mission insertion.

N : Ma trajectoire.... j'ai 48 ans, j'ai eu un DEAS en 1991. J'ai fais de la polyvalence les 3/4 de ma carrière avec une parenthèse à l'éducation nationale en Nouvelle Calédonie. Tout le reste c'est de la polyvalence.

Moi ma particularité de ma carrière c'est que je suis née professionnellement en même temps que le RMI. J'ai commencé mes études en 1988 et le RMI est né en 1989 si je me trompe pas. Donc professionnellement je suis née avec le dispositif.

V : Bon va y'avoir 3 parties; plus autour du travailleur social, puis plus sur l'allocataire et après davantage sur le service insertion. D'accord, alors premier question : Si vous deviez regrouper les objectifs des contrats d'insertion en grandes catégories quelles sont celles que vous retiendrez ?

N : en catégories... eh.... la santé, Des contrats que j'ai là en court ?

V : Ouais, disons sur les contrats des 12 derniers mois.

N : santé, emploi....tps... ça c'est sur.... et je dirais aussi suivi social. J'ai un cinquantaine de suivis allocataires.

V : Et quels sont tes intentions quand tu conclus un objectif autour de la santé ?

N : C'est à dire ?

V : C'est à dire qu'est ce qui t'amène à faire des objectifs autour de la santé ? Quels sont les situations où avec l'allocataire vous convenez ensemble de définir des objectifs autour de sa santé ?

N : Ben, déjà quand y a un problème de santé... alors je sais bien je ne suis pas médecin mais c'est dur à définir... Mais ce que je dis toujours à mes allocataires, comme les autres d'ailleurs...c'est que tant qu'on n'a pas résolu ses problèmes de santé, on ne peut pas faire autre chose, on ne peut pas avancer. Pour moi la gestion et la résolution des problèmes de santé c'est des priorités. Donc de fait, quand je me rends compte que dans un parcours de bénéficiaire, que depuis un moment, ils reviennent avec des rendez vous chez le médecin. Qu'il y a une pathologie plus ou moins identifié... je ne suis pas médecin, mais c'est gens là

sont absolument pas disponibles pour faire autre chose que la gestion de leur problèmes de santé. Je ne sais pas si je suis claire....

V : Si t'es très claire !

N : Eh....C'est un préalable incontournable. Alors après si dans certains parcours de bénéficiaire on fait quelques fois des contrats santé, on en fait un certains nombre... on fait un contrat santé, on refait un contrat santé, y' a un moment où il faut bien en sortir. Parce qu'à un moment on estime que les gens ont réussi à se soigner. Si ce n'est pas le cas au bout d'un certain nombre de contrats qui n'avancent toujours pas... moi j'oriente certains de mes bénéficiaires vers des demandes d'AAH. Ou une demande de reconnaissance MDPH. C'est qu'y a des contrats santé qui s'accumulent et qu'on n'en sort pas.

V : Et généralement c'est entendu ça ?

N : C'est plus ou moins entendu. C'est tout un travail individuel à faire. Y'a des gens qui l'entendent assez facilement, y'a des gens avec qui il faut le travailler. L'idée que peut être un problème de santé perdure et que ça l'empêche de toute façon une insertion professionnelle ou de formation. Ils ne sont pas disponibles pour ces 2 rubriques là. Donc moi, j'ai des bénéficiaires avec lesquels je suis obligé de les travailler au long court pour arriver éventuellement à faire des dépôts de demande d'AAH.

V: Et quand ils arrivent à ce dépôt là, généralement le contrat suivant ça donne quoi ?

N : Un accord, une attente souvent. Parce qu'au moment où tu fais le dépôt et au moment où tu reçois la réponse, il est assez courant qu'on refasse un contrat en intermédiaire. On attend la réponse et puis....

V: Et la plupart du temps t'as un accord ?

N : Non pas forcément

V : Et qu'est ce que tu fais ?

N : Ben c'est quand y'a un accord, les choses sont simples. Les gens sortent du dispositif. Ils ont intégré le fait qu'ils n'étaient pas disponible pour l'emploi et que leur état de santé justifiait qu'ils sortent de la catégorie bénéficiaire du RSA et qu'ils entrent dans la catégorie handicap entre guillemet. Et pour les autres, ben là c'est une vraie difficulté et là j'avoue que moi j'suis je ne sais pas trop comment sortir de ça. Je me retrouve avec des bénéficiaires qui ont souvent la reconnaissance des travailleurs handicapés. Ehm....mais dont on ne fait finalement pas grands choses de cette catégorie là. J'ai très peu de bénéficiaire qui on eu cette reconnaissance et qui ont en fait quelque chose. Faudrait que je fasse des stat, que je compte que je sorte des chiffres mais avec leur reconnaissance de travailleur handicapé ceux qui ont été vers l'emploi Je n'en ai pas beaucoup. Ce n'est vraiment pas la majorité. Du coup ces

gens se retrouvent sans AAH, avec une reconnaissance travailleur handicapé dont ils ne font pas grand chose avec quand même des problèmes de santé qui perdurent et qui sont non résolus dans le temps. C'est des gens qui continuent à avoir des rendez vous médicaux, qui continuent à trainer des pathologies pas suffisamment graves pour qu'ils y aient une reconnaissance mais suffisamment invalidante pour qu'il ne puisse pas accéder à la dimension emploi.

V : et dans ces cas là, au niveau des orientations pole emploi, cap emploi tu penses que c'est effectifs ou pas ?

N : Alors pour certains.... moi je parle à chaque fois de Cap Emploi. En fait y' a pas eu d'AAH donc y'a pas eu au niveau du département une reconnaissance d'un pourcentage suffisant pour leur handicap et ça c'est plus ou moins bien pris par les personnes. Ca c'est une autre étape d'avoir l'AAH ou de ne pas l'avoir. De l'avoir en général, ça ne pose pas de problème parce que ça a été travaillé avant. Les gens qui ne l'ont pas et qui pensaient l'avoir y'a tout un travail de débriefing et de gestion de la non compréhension de pourquoi je n'ai pas eu l'AAH. Avec en plus l'idée que j'ai quand même un problème de santé pas suffisant pour qu'il y ait une reconnaissance mais suffisant pour que ça m'empêche de faire des choses... Alors là y'a tout un boulot (rire...). Alors là faut y travailler, ce n'est pas une évidence... Beaucoup de mes ouailles ne comprennent pas cette dimension là.

Pour certains d'entre eux, c'est une faible minorité, je parle effectivement de Cap Emploi de manière systématique car c'est un outil existant donc je leur en parle. Très peu d'entre eux, à la louche je les connais bien, mais vraiment très peu d'entre eux... je dirai depuis 1 an, je pense qu'il y en a un ou deux qui ont fait la démarche. Et pour les 2 ça a débouché sur rien.

V : oui... avec une faible qualification quand même ...

N : Avec une faible qualification. Donc on se retrouve un peu dans une impasse. Cap emploi me semble en difficulté pour proposer des choses. Alors ils font un accompagnement mais je n'ai pas vu des choses concrètes et déboucher forcément. Donc moi je me retrouve de nouveau à faire des contrats santé parce que il n'est pas possible de déboucher sur une autre dimension que celle là.

V : Donc finalement si c'est on est dans un cas de figure d'un allocataire qui s'est fait refusé l'AAH, tu vas vers quel type d'objectif ?

N : Ben il m'arrive fréquemment de remettre santé. Sinon y'a des orientations que je fais vers l'infirmière du CMS ici. Référencer vers elle pour faire tout l'accompagnement des personnes sur le sujet de la santé. Je le fais pour des situations où... alors là j'suis pas toubib c'est pareil mais....pour des gens qui avaient des problèmes de santé.... parce qu'il y a santé et santé...

rire...pour des gens avec des pathologies diagnostiquées, reconnues...voilà avec un parcours médical obligatoire. Alors je ne dis pas que les autres ils n'ont pas un parcours médical... c'est une pathologie concrète, qui justifie pas l'AAH mais une partie médicale spécifique. Parce que pour tout le reste on parle de santé au sens très large du terme. Moi, j'ai beaucoup de bénéficiaires qui ont des problèmes de santé et effectivement j'en doute pas 2 minutes, ... mais qui justifie d'un parcours médical ponctuel avec la visite de temps en temps chez un spécialiste. Je pense notamment aux gens qui ont des problèmes de dos, ils ont vraiment mal au dos.

V : "j'en ai plein le dos " ?

N : Oui je n'ai pas de doute sur le fait qu'ils ont vraiment mal au dos. Que ce soit identifié ou pas par des médecins ou on ne dit pas forcément que c'est grave... mais ça empêche ces bénéficiaires d'avancer autre que sur la santé.

V : Et toi le défaut d'insertion dans ces cas là tu ne te vois pas les sanctionner ?

N : Non.

V : En fait la symbolique du RSA c'est quoi pour toi ?

N : La symbolique... Pour c'est gens là c'est très clair c'est un moyen financier. Après la dimension symbolique... j'accorde beaucoup la dimension humaine de ce dispositif c'est à dire que y a beaucoup de mes bénéficiaires, notamment sur le thème de la santé où je me sens assez démunie parce que je sais pas quoi faire car ce n'est pas ma partie.... j'aimerais bien que les choses puisse se décliner de manière efficace dans ce domaine là. Moi je les reçois parce que je les connais depuis longtemps, parce que l'on passe un moment d'entretien ensemble, parce que j'accorde beaucoup d'importance à l'écoute, au soutien, à essayer de définir le oui pourquoi le problème de dos. On en parle de cette fatigue chronique, de ces gens qui sont désinsérés depuis tant de temps. L'accès à la dimension formation et emploi, plus le temps passe, plus ils s'en éloignent et plus ils ont mal au dos j'ai envie de dire... Plus ils sont bloqués, moins j'en ai la possibilité d'en faire quoi que ce soit. Après les orientations psycho j'en fait... mais c'est encore là une autre dimension où la majorité des gens sont plus d'accord vers l'orientation médecin spécialiste du dos que le médecin spécialiste de la tête...La tête c'est toujours difficile. Or à mon avis, dans la plupart des situations je crois que c'est l'orientation qu'il faudrait faire. Mais en tout cas la dimension du RSA humaine du RSA c'est la mienne, c'est celle qui prévaut. Et voilà, il faudrait que je puisse mettre dans les contrats en fait que j'ai passé une heure d'entretien avec Mme Machin qui a mal au dos et avons discuté de son parcours personnel, de son mariage, de sa famille, de sa scolarité, ce qu'elle aurait voulu faire et ce qu'elle n'a pas fait.

V : Ces personnes là elle souffre de quoi profondément ?

N : Oh ben elle souffre souvent d'isolement pour beaucoup d'entre elle, et elle souffre de ce décalage entre elles et la société ou plutôt le système qui continue d'avancer et elle qui se sentent à côté. Elles n'arrivent plus à l'intégrer. Plus le temps passe, moins elles ont de passerelles pour y arriver. Et les dispositifs sont malheureusement, ce n'est pas qu'ils n'existent pas mais ils ne sont pas efficient pour permettre à ces gens de réintégrer un système normal. D'ailleurs les gens quand on en parle me disent "j'ai l'impression d'être à côté". Ils sont plus dedans ils sont à côté. Alors quand on arrive, alors ce n'est pas pour tous, quand on arrive à parler de cette dimension, on trouve beaucoup de souffrance. Du coup je ne m'étonne pas que les gens aient mal au dos.

V : Donc effectivement l'alternative santé revient toujours sur l'objectif.

N : Oui toujours. Et ça vient on reparle à chaque entretien de soi, de comment on vit les choses... recentrer sur la personne. Des objectifs qu'on pourrait se donner. Alors de temps en temps se pointe un contrat de type accès logement ou démarches administratives, voilà. Eventuellement d'intégrer une action collective au CMS ou ailleurs, mais on ne va pas plus loin que ça.

Ouais alors je les fais car le mot santé se justifie toujours. Alors j'aimerais bien l'appeler autrement... je ne sais pas quel autre nom je pourrais l'appeler, désinsertion ?... on pourrait les appeler contrat santé mais je vais continuer à les appeler comme ça. Et ben je continue d'y mettre des choses pas très satisfaisantes mais en même temps je n'ai pas trop le choix que d'y mettre ce genre de choses. Il faudrait bien aller au delà de cas et puis surtout créer des choses qui puisse permettre en tout cas aux bénéficiaires et à nous, d'être plus efficaces sur ces rubriques là... mais je sais pas comment. Moi j'aurais aimé qu'on y travaille....

V : Et Si on passe à l'allocataire j'avais noté comme question : Que permet l'objectif santé pour les allocataires eux même ?

N : C'est une évidence pour moi ... la reconnaissance du mal être quel qu'il soit. Quand on est malade, il me semble que pour une partie d'entre eux, d'être bénéficiaire du Rsa n'est pas une facilité dans la vie ni valorisant humainement. Avoir une reconnaissance de problèmes de santé serait une reconnaissance comme une autre ... enfin... comme une autre ... qui est importante personnellement car on est plus que bénéficiaire du Rsa et on a aussi des problèmes de santé. Alors... pour les gens c'est assez concret ça. Et puis c'est aussi reconnaître qu'effectivement on a un problème de santé dont on doit se soucier. Il est aussi important pour eux d'être à un rendez vous et pouvoir à exprimer son mal être. Parfois, on les guide vers des structures et ça les pousse à aller mieux.

NOM : DUBOIS	Prénom : Valérie	Session de soutenance : Décembre 2017
FORMATION : DIPLOME D'ETAT D'INGENIERIE SOCIALE		
TITRE : Le contrat santé : symptôme de l'effritement de la place du travail		
RESUME (250 à 350 mots) :		
<p>Nos sociétés modernes ont construit la place des individus en fonction de leurs rôles dans le travail. Plus on en est éloigné, plus on prend le risque d'être marginalisé. Avec l'arrivée du chômage de masse, ce pacte sociétal s'est modifié soulevant une nouvelle question sociale : Comment insérer les individus puisque l'offre de travail est saturée ? La politique d'insertion voit le jour en prônant équité sociale et accompagnement à l'emploi par le développement de dispositifs de solidarité tels que le RMI / RSA. Quarante ans après, l'incitation à la reprise d'emploi, la responsabilisation des individus, les sanctions financières n'ont pas suffi à infléchir le nombre d'allocataires RSA. Si notre relation au monde n'était pas uniquement basée sur le travail, notre société contemporaine en serait elle là aujourd'hui ?</p> <p>Cette recherche interroge les limites de l'insertion pour un public très éloigné des critères basées sur l'unique référentiel : le travail. La focalisation de l'étude sur les allocataires RSA qui ont signés un CER (et encore plus particulièrement à ceux qui ont un objectif tourné sur leur état de santé) permet de mettre en lumière que l'insertion par le travail ne peut plus être le seul modèle d'inclusion des individus.</p> <p>L'exemple du contrat d'insertion sud vaclusien illustre la dichotomie entre une politique publique basée sur l'espoir d'un retour à l'emploi et une réalité individuelle et territoriale toute autre. Les zones d'incertitude permettent des ajustements précieux pour éviter totalement l'exclusion sociale définitive. Face à cette complexité, l'objectif santé du CER représente un compromis acceptable pour tous.</p>		
MOTS CLES : RSA - travail - santé - CER - compromis - insertion		
NOMBRE DE PAGES : 169	Volume (s) annexé (s) : 0 X 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
CENTRE DE FORMATION :		
Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée Europôle Méditerranéen de l'Arbois, BP 50099 13793 AIX-EN-PROVENCE cedex 3		

