



Fédération
des acteurs de
la solidarité

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

ACCOMPAGNER LES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Guide pratique à destination
des acteurs de la formation

AVEC LE SOUTIEN DE L'ARS BFC



Présentation de la Fédération des acteurs de la solidarité

La Fédération des Acteurs de la Solidarité est un réseau généraliste de lutte contre les exclusions créée en 1956. Depuis **elle est composée d'une tête de réseau et de 13 Fédérations régionales indépendantes.**

La Fédération des acteurs de la solidarité de Bourgogne-Franche-Comté constitue un réseau régional engagé dans la lutte contre toutes les formes d'exclusion. Elle œuvre à la promotion du travail social, à la création d'espaces de concertation entre professionnels et à la défense des droits des personnes en situation de précarité.

La FAS BFC compte une cinquantaine d'associations régionales adhérentes. Ces structures assurent des missions d'accompagnement des personnes en situation de précarité en traitant les multiples problématiques liées à l'exclusion : hébergement et logement, santé, insertion professionnelle et emploi, accès aux droits, accès à la culture.

Ses missions se déclinent autour de quatre axes prioritaires :

- **Le plaidoyer**, visant à faire valoir les droits des personnes précarisées auprès des pouvoirs publics ;
- **La mise en réseau des acteurs**, afin de mutualiser les expériences, valoriser les bonnes pratiques et nourrir le dialogue institutionnel ;
- **L'accompagnement des adhérents et des organismes partenaires**, à travers une offre de formation et de soutien destinée à renforcer l'évolution des pratiques professionnelles ;
- **L'innovation sociale et la participation citoyenne**, par la mise en œuvre d'initiatives locales et la valorisation de l'expression des personnes accompagnées.

Remerciements

Merci à l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, pour son soutien financier.

Merci également à la Commission régionale de santé pour sa contribution à ce guide et son expertise de terrain.

SOMMAIRE

Préface	Page 1
Objectifs	Page 2
Méthodologie et outils d'animation proposés	Page 3
Publics précaires, qu'entend-on par-là ?	Page 4
Les déterminants de santé	Page 9
Les préjugés	Page 12
Outils : Prendre conscience de ses préjugés	Page 13
Le jeu des citrons	Page 14
Les affiches dans la vraie vie	Page 16
Préjugés : Les publics en situation de précarité n'honorent jamais leurs rdvs	Page 17
Outils : Capsules vidéo	Page 22
Les refus de soins discriminatoires	Page 23
Préjugé - Les publics en situation de précarité sont trop exigeants	Page 27
La participation des personnes concernées	Page 28
La Pair Aidance	Page 30
Préjugés : Les publics en situation de précarité vont plus souvent en prison	Page 32
L'alimentation	Page 35
La coordination entre acteurs	Page 36
Fiches Parcours	Page 37
Autres outils	Page 48
Bibliographie	Page 50
Glossaire	Page 53

Préface

Ce guide pédagogique traite des enjeux croisés que sont la santé et la précarité, et plus particulièrement de la question de l'accompagnement global des publics vulnérables ou précaires. Il est issu d'un projet émanant de la **Commission régionale de santé** de la Fédération des acteurs de la solidarité de Bourgogne-Franche-Comté, composée d'acteurs du champ de l'action social ou sanitaire.

Ce guide a pour objectif de montrer l'importance du décloisonnement des pratiques. Cette volonté de rapprochement entre sanitaire et social s'est traduite par la réunion de trois groupes de travail sur l'année 2018, qui ont abouti à l'élaboration du présent guide. Par la suite, ce guide a été remis à jour en 2025 afin d'assurer une diffusion régionale importante. Celui-ci est destiné aux futurs professionnels du sanitaire et du social en cours de formation initiale. Il se fonde sur les expériences professionnelles des acteurs de terrain et des personnes directement concernées par la précarité.

A qui s'adresse cet outil ?

Ce guide s'adresse aux référents pédagogiques et de proximité. Il concerne à la fois les formateurs des cursus initiaux exerçant en qualité de référents pédagogiques pour le service sanitaire, les professionnels de terrain intervenant dans ces formations, ainsi que les encadrants responsables de la mise en œuvre des actions de promotion de la santé réalisées par les étudiants.

Objectifs

Il nous paraît important de valoriser **les pratiques communes du soin et de l'accompagnement** auprès des étudiants en construction de leur identité professionnelle, car ces disciplines sont complémentaires et interdépendantes. Or, dans les faits, leur coopération est complexe, ou ne tient qu'à l'investissement d'un interlocuteur en particulier.

Ces deux mondes professionnels ont des cultures et des termes techniques différents mettant en lumière des logiques d'intervention distinctes. Les écarts entre les logiques médicales et sociales se font d'autant plus sentir depuis les évolutions des pratiques professionnelles de ces dernières années.

Dans le champ social, les problématiques de santé des personnes accompagnées, ainsi que leurs conséquences, sont souvent méconnues ou insuffisamment appréhendées. À l'inverse, dans le champ sanitaire, la situation de précarité des personnes n'est pas toujours perçue dans toute son ampleur. Cette méconnaissance est renforcée par l'évolution des pratiques médicales : la diminution des visites à domicile limite la possibilité pour les médecins

d'établir un lien direct entre l'état de santé du patient, son environnement de vie et sa capacité, ou non, à suivre le traitement prescrit, comme cela pouvait être le cas par le passé.

Ce guide a pour objectif de soutenir la prise de conscience de l'aspect grandement polymorphe de la précarité, et de mettre à distance ses représentations sur ce public.

Il entend mettre en partage des ressources issues d'expériences vécues tant par des professionnels que par des personnes concernées.

Ce document propose une lecture de la complexité inhérente au travail social et au secteur sanitaire, une complexité qui s'accorde difficilement avec les injonctions de productivité et l'exigence de compétences immédiatement opérationnelles à la sortie des études. L'articulation entre santé, social et précarité constitue un défi supplémentaire, mais reflète la réalité incontournable et nécessaire à l'exercice de ces métiers.

Le service sanitaire

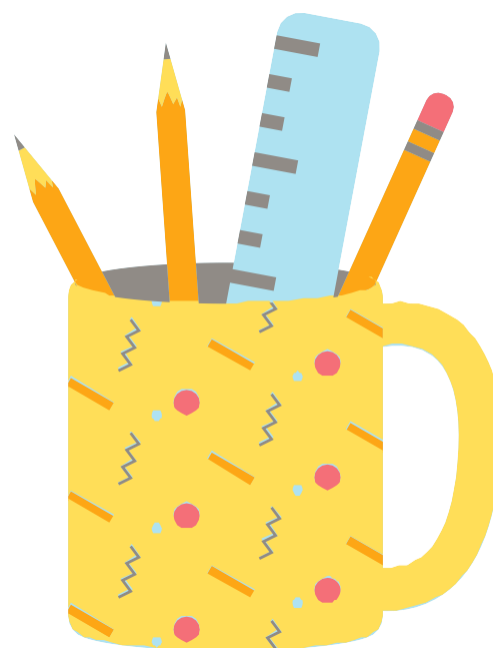
Le service sanitaire, mis en place à partir de septembre 2018, a pour objectif de permettre aux étudiants des différents cursus d'études en santé de faire l'expérience concrète d'actions en promotion de la santé auprès du public. Celui-ci dure six semaines et est piloté par les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'usage du présent guide peut s'inscrire dans les enseignements du service sanitaire. Son usage a vocation à évoluer vers une utilisation élargie et pourra être enrichi par de nouveaux outils au service d'une coopération sanitaire et sociale adaptée aux besoins des personnes.

Méthodologie et outils d'animation proposés

Vous pourrez retrouver dans ce guide du **contenu pédagogique**, des témoignages, ainsi que des ressources/outils qui peuvent être mis à disposition des formateurs comme des étudiants.

Des fiches « parcours » sont disponibles en fin de guide. Elles décrivent les types de parcours pouvant amener à des situations de précarité et tentent **d'agir sur les représentations** que les étudiants peuvent avoir, consciemment ou non.



« Publics précaires »

Qu'entend-on par-là ?



D'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), un individu est considéré comme précaire lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil pauvreté.

Le seuil de pauvreté

Dans l'Union Européenne, le **seuil de pauvreté** européen est fixé à 60% du niveau de vie médian¹.

Le taux de pauvreté au seuil de 60% de niveau de vie médian calcule la proportion de personnes et de ménages ayant un revenu net d'impôts direct, par unité de consommation inférieur à un montant équivalent à 60% du niveau de vie médian de la population.

Le seuil de pauvreté, lui, est calculé par rapport à la **médiane de distribution des niveaux de vie** (la moitié de la population a un niveau supérieur à la médiane, l'autre moitié a un niveau inférieur à la médiane). En 2023, en France métropolitaine, 9,8 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté monétaire. Le taux de pauvreté est ainsi de 15,4 %. Cet indicateur n'inclut pas les personnes pauvres vivant en communauté ou dans les DOM. Le seuil de pauvreté correspond à un revenu disponible de 1 288 euros par mois pour une personne vivant seule.

Sans les dispositifs exceptionnels mis en place pour lutter contre les effets de la crise sanitaire, on estime qu'il aurait augmenté de 0,6 point, sans prendre en compte l'ampleur des faillites d'entreprises et des destructions d'emplois qui seraient advenues.

Cependant, les indicateurs monétaires ne suffisent pas à éclairer toutes les situations de précarité. Ils sont à compléter par les conditions de vie, de privations matérielles et sociales, ou les difficultés ressenties.

Le statut professionnel, la composition familiale et l'âge influent fortement sur le taux de pauvreté. Les catégories sociales les plus impactées sont les chômeurs, les familles monoparentales, les étudiants et les retraités².

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

Mais on ne peut résumer les situations de précarité à ces simples statistiques.

Ainsi, il semble important pour tout futur professionnel du social, du médico-social ou du sanitaire de se défaire de ses représentations - ou tout au moins d'en prendre conscience

L'exclusion, la précarité

Il est important de définir les termes utilisés dans ce guide. En les définissant nous faciliterons la déconstruction des représentations sociales de celles-ci.

L'exclusion sociale : Christian CHASSERIAUD, Sociologue et vice-président du Conseil Economique, social et environnemental de Nouvelle Aquitaine, définit ainsi l'exclusion sociale :

« L'exclusion peut se définir comme un phénomène social qui met à l'écart un individu ou un groupe d'individus qui présentent des différences ou des manques jugés invalidants. L'exclusion sociale met un individu « hors-jeu », le disqualifie du jeu des rapports sociaux³ ».

L'exclusion sociale est donc avant tout une disqualification de l'identité sociale de la personne. Celle-ci est mise à l'écart. L'exclusion sociale a donc un impact sur la manière dont l'individu sera reconnu et perçu par son environnement, pouvant aller jusqu'à une non-reconnaissance de son identité sociale. L'exclusion sociale se situe aux croisements de relégations individuelles dues à des comportements perçus comme inadaptés et des dysfonctionnements sociaux.

« CCAS, ASE, AS de secteur sont souvent les acteurs de référence. Il y a des personnes où leur seule sortie c'est de voir une fois par mois l'AS de secteur, le conseiller de France Travail. »

- Membre de la commission santé

³ <https://dubasque.org/quest-ce-que-lexclusion-sociale-2/>

La précarité est une notion qui renvoie aux caractères pluridimensionnels de la pauvreté. Le Comité économique social et environnemental propose une définition centrée sur les insécurités liées à la situation de précarité. *« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux...Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante.⁴ »*

La précarité est une notion plurielle, peu quantifiable, et qui ne recouvre donc pas uniquement une réalité économique. Elle se répercute dans plusieurs domaines de la vie des personnes. La précarité est un processus qui fragilise les individus sur le plan économique, social et/ou familial.

Ainsi, elle peut se retrouver dans toutes les catégories sociales.

La précarité est généralement corrélée à la pauvreté. En effet, les personnes en situation de précarité sont généralement pauvres dues à la faiblesse de leurs revenus économiques⁵.

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) estime que la précarité, en France, touche entre 20 et 25% de la population⁶.

⁴ <https://www.lecese.fr/travaux-publies/grande-pauvrete-et-precarite-economique-et-sociale>

⁵ <https://shs.cairn.info/revue-empan-2005-4-page-10?lang=fr>

⁶ <https://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001043.pdf>

Les inégalités sociales de santé

La santé, selon la définition de l’OMS, est :

« Un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité »

Le bien-être est non seulement subjectif, mais recouvre également une réalité sociale. En effet, la société impacte le bien-être des citoyens en ne s’adaptant pas aux facultés de tous.

Si le système de santé français a longtemps été reconnu pour sa qualité, et malgré l’instauration d’une couverture maladie universelle en 1999, celui-ci semble laisser de plus en plus de personnes de côté.

En effet, les personnes en situation de précarité restent bien souvent éloignées du système de soins en raison de facteurs géographiques, financiers, temporels et systémiques. L’absence de voiture, l’insuffisance des transports en commun ou leurs tarifs désavantageux, la désertification médicale compliquent fortement l’accès des personnes vulnérables aux professionnels de santé. La précarité de l’emploi et des horaires de celui-ci, problématique fréquentes dans les métiers appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées, ne facilitent également pas la prise de rendez-vous.

Les facteurs extérieurs mis à part, et malgré la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, le coût des soins est également un frein, puisqu’il est estimé que 29% des renoncements de soins le sont pour raisons financières⁷.

⁷<https://www.vie-publique.fr/fiches/37862-quest-ce-que-le-renoncement-aux-soins>

De plus, le refus de soins et les discriminations, dont sont particulièrement victimes le public précaire, impactent négativement la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité, quand elles ne poussent pas complètement vers le **renoncement aux soins**.

Toutes ces inégalités ont un impact directement mesurable sur l'état de santé des publics précaires : l'espérance de vie, qui est probablement l'indicateur le plus parlant, indique chez les hommes un écart de 13 ans entre les 5% plus aisés et les 5% les plus modestes⁸.

En outre, les publics précaires sont plus touchés par certaines pathologies causées par plusieurs déterminants de santé, et notamment des conditions de vie délétères pour leur santé physique et mentale. Il est en effet prouvé que les personnes les plus modestes développent beaucoup plus souvent des maladies chroniques que les publics plus aisés. L'écart d'espérance de vie à la naissance entre la population aisée et les plus pauvres est fortement impacté par ces maladies chroniques⁹.

De nombreuses études montrent également des prévalences très importantes de troubles psychiatriques sévères chez les personnes sans-abris, il en est de même pour les troubles de la santé mentale chez les mères et les enfants hébergés à l'hôtel. Du fait de parcours de rue et/ ou d'errance, de parcours migratoires violents, traumatiques et d'exils, **les personnes accueillies par les associations de lutte contre les exclusions ont besoin de bénéficier d'un accompagnement global** permettant le repérage des troubles et l'accès aux soins, aux services spécialisés dans une perspective de stabilisation et/ ou de rétablissement.

Le processus de précarisation s'accompagne souvent d'une souffrance psychique qui peut conduire à une dégradation générale de l'état de santé.

⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>

⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>



Les déterminants de santé

Qu'est-ce qu'un déterminant de santé ?

En matière de santé, la nature a créé des différences, mais il est indiscutable que la société les a transformées en inégalités¹⁰. S'il y a des disparités biologiques entre les êtres humains, la société, par sa structuration sociale hiérarchisée, est à l'origine d'un grand nombre d'inégalités sociales de santé qui sont directement mesurables par les différences d'état de santé entre les groupes sociaux.

-> Les comportements individuels n'expliquent pas ces inégalités à elles seules. Par exemple, les pratiques à risque (tabac, alcool, sédentarité...), n'expliqueraient qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes.

Quelle est l'origine de ces inégalités de santé ?

Les « déterminants de santé » sont l'ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé des individus et des groupes qu'ils composent, que ce soit de manière positive ou négative. Ils dépendent de caractéristiques individuelles (biologiques et comportementales) et environnementales (liées aux conditions de vie et à l'organisation de la société). La chaîne causale qui les relie est complexe.

Les influences sociales et communautaires : L'individu vit dans une communauté. Les relations et les interactions qu'il entretient avec celle-ci déterminent ses comportements et influent sur sa santé.

Les facteurs individuels liés aux modes de vies : Ils regroupent les comportements de l'individu tels que l'alimentation, la pratique d'une activité physique, la consommation ou non de substances nocives. Ces facteurs individuels sont fortement interdépendants des autres.

L'âge, le sexe et les caractéristiques physiques. Ces déterminants sont inhérents à chacun et dépendent de ses caractères biologiques.

Les conditions de vie et de travail. Ces déterminants recouvrent des sous-catégories comme le niveau de formation, l'emploi et l'environnement de travail, le logement, l'accès aux soins, l'accès à l'alimentation. Ils dépendent fortement des moyens financiers. Ces déterminants sont à la fois sources et conséquences d'inégalités importantes.

Les conditions générales, environnementales, culturelles et socio-économiques. Ces déterminants sont globaux et produits par des politiques structurelles (sociales, fiscales, économiques, culturelles, environnementales, de sécurité...). Ils se situent au niveau de la collectivité.

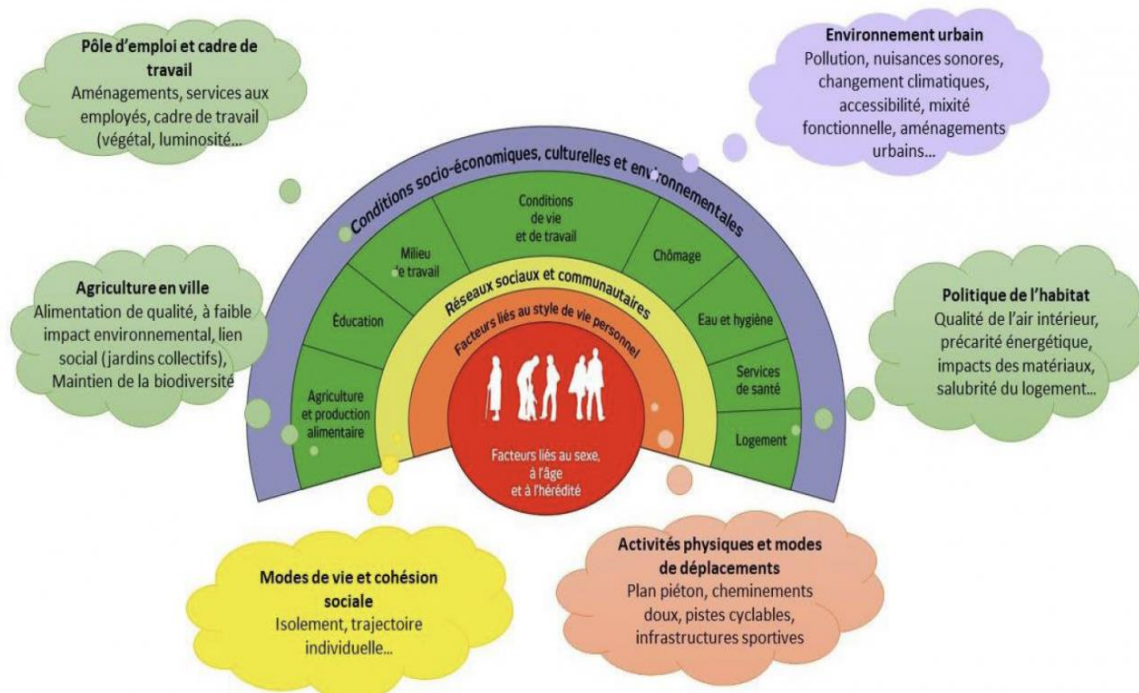
Quelques exemples concrets :

Le statut d'emploi : le taux de mortalité est multiplié par 2,7 pour les hommes, sur la période de cinq ans qui suit l'entrée au chômage.

Le travail : la France a parmi les plus mauvais chiffres européens. On dénombre environ 1200 morts des suites d'accidents du travail par an en France.

Le niveau de diplôme : à âge égal, le taux de mortalité prématurée des hommes sans diplôme est multiplié par 2,5 par rapport à ceux ayant fait des études supérieures. Pour les femmes, la mortalité est multipliée par 1,9.

La santé environnementale : les inégalités d'exposition à la pollution atmosphérique d'origine industrielle sont fortes selon le lieu de vie. La pollution atmosphérique serait responsable de plusieurs dizaines de milliers de décès par an en France.



Sources : <https://agir-ese.org/focus/les-inegalites-sociales-de-sante-iss-dans-lamenagement-de-la-ville?region=ara/1000>



Les préjugés

Qu'est-ce qu'un préjugé ?

Processus cognitif normal, mais aussi outil de manipulation, le préjugé offre une vision simplifiée d'une réalité complexe. Les préjugés donnent lieu à des jugements de valeur ou des idées préconçues à l'encontre d'un groupe d'individus, en leur attribuant des caractéristiques ou comportements non fondés sur la réalité¹¹.

Ce sont des énoncés simples, qui semblent être des vérités et sont faciles à répéter

C'est même un mécanisme du cerveau servant à catégoriser aisément les concepts et les individus. Cependant, il est important, surtout lorsque l'on s'apprête à travailler aux côtés de publics vulnérables, d'avoir conscience de ses propres à-priori et de ne pas les laisser impacter la qualité de l'accompagnement.

« Les préjugés servent le projet politique de celles et ceux qui veulent créer des boucs émissaires pour expliquer les problèmes sociaux et les supposées difficultés financières de l'État. En fondant des politiques sociales sur des préjugés, les gouvernements entravent les avancées en matière de lutte à la pauvreté. » - La Pauvreté, l'exclusion sociale et ses préjugés, Tacaé

Outils

Prendre conscience de ses préjugés

Nombre de participants : de 2 à tout un amphithéâtre.

Durée : moins d'une heure.

Matériel : post-its, feutres.

Il peut être intéressant de proposer aux étudiants de lister librement les préjugés dont ils ont connaissance sur les personnes en situation de précarité - même les préjugés qu'ils ne partagent pas ou que l'on peut juger choquants. Est-ce que ces publics sont paresseux ? Dépendants ? Malhonnêtes ? De sexe masculin ? S'achètent des TV avec leur allocation de rentrée scolaire ? Les étudiants noteront ces préjugés, positifs ou négatifs, sur des post-it qu'ils iront accrocher au tableau.



Le formateur reviendra sur chacun des post-it, sans demander qui a écrit le préjugé, mais en demandant si quelqu'un dans la salle pense ce préjugé exact et si oui, pourquoi.

Il est fondamental, dans cet exercice, d'admettre que oui, ce préjugé existe et est peut-être répandu, mais d'y répondre avec des données exactes - tout de suite ou en y revenant plus tard pour pouvoir se documenter. Les fiches parcours en fin de guide peuvent vous aider dans cette étape.

Outils

Le jeu des citrons

Nombre de participants : entre 6 et 20

Durée : 1h environ

Matériel : 1 citron par équipe, 1 kiwi par équipe, tableau et feutres, papier et stylo pour chaque équipe

Partie 1 :

Temps 1 :

Mettez tous les citrons sur une table afin que tout le monde puisse les voir. Demandez aux participants de décrire les caractéristiques d'un citron (rond, jaune, acide...).

Inscrivez les réponses au tableau.

Temps 2 :

Divisez les participants en petits groupes et donnez à chaque groupe un citron.

Demandez aux participants d'apprendre à connaître leur citron dans le détail en l'étudiant attentivement et en prenant note de toutes ses caractéristiques spécifiques.

Veillez à ce qu'ils n'abiment pas leur citron.

Ils peuvent lui donner un nom, lui inventer une histoire et commencer à le considérer comme une personne.

Temps 3 :

Après un court instant, demandez à quelqu'un de chaque groupe de parler de son citron aux autres.

Temps 4 :

Ramassez tous les citrons et mélangez -les. Demandez à une personne de chaque groupe de venir récupérer son citron.

Débat :

Pourquoi était-ce si facile pour vous de reconnaître votre citron ?

Avez-vous déjà changé d'opinion sur une personne après avoir appris à la connaître ?

Partie 2 :

Temps 1 :

Distribuez un kiwi à chaque groupe.

Temps 2 :

Dites aux participants qu'un nouveau fruit va emménager dans le Pays de Citrons qui lui est mono-culturel. Chaque groupe aura 5 minutes pour décider d'accepter ou refuser ce nouveau venu. Ils devront alors inventer une histoire/un jeu de rôle sur le processus de décision qui sera présenté à l'ensemble des participants.

Temps 3 :

Chaque groupe aura 2 minutes pour présenter les motivations de sa décision (de refus ou d'acceptation du fruit « étranger »).

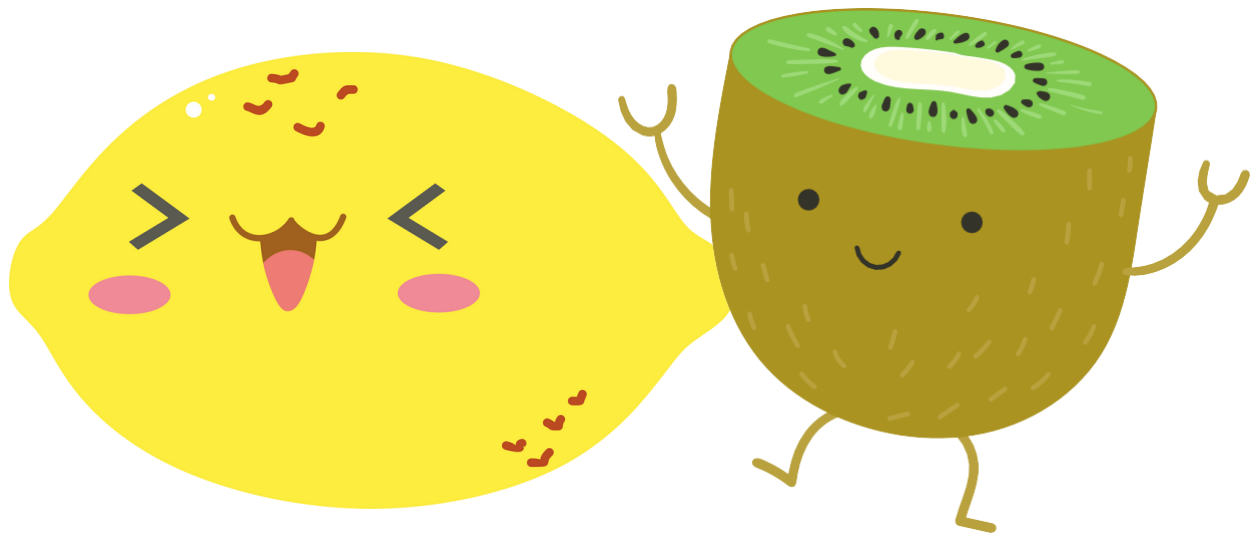
Débat :

Quelle a été votre décision concernant le fruit « étranger » ?

Avez-vous déjà été un kiwi dans un monde de citron ? comment avez-vous vécu cette expérience ?

Qui sont les « étrangers » dans votre école, chez vous ?

De quelles manières peut-on faire comprendre à quelqu'un qu'il n'est pas le bienvenu ? comment pouvons-nous aider des personnes à se sentir à l'aise dans notre communauté ?



Crédits : Association APTE de Poitiers éducation aux médias et à l'image

Outils

Les affiches #danslavraievie

Pour lutter contre les préjugés envers les publics les plus précaires, des actions ont déjà été faites.

On peut citer celle, en 2019, du collectif 50 Assos contre l'exclusion, en diffusant des affiches tordant le cou à des mythes fortement ancrés dans les discours de certains représentants politiques.

[Voir les affiches](#)





Préjugé :

Les publics en situation de précarité n'honorent jamais leurs rendez-vous

En France, 28 millions de rendez-vous médicaux par an ne seraient pas honorés par les patients, quelle que soit la spécialité¹². Jusqu'à 97% des médecins seraient confrontés à cette problématique.

Mais cette mauvaise habitude est-elle vraiment plus fréquente parmi les publics précaires ?

Si on en croit l'étude menée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de Franche-Comté en 2013, oui : 60% des rendez-vous manqués le sont par des patients en tiers payant social et bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Mais alors, pourquoi ?

De nombreux facteurs peuvent expliquer cette difficulté particulière à honorer les rendez-vous pour un public en situation de précarité.

Tout d'abord, le rapport au temps peut être différent. Si la personne vit au jour le jour, elle peut simplement avoir oublié un rendez-vous pris plusieurs jours, semaines, voire mois plus tôt. Ses priorités peuvent avoir changé - difficile d'anticiper quoi que ce soit quand la priorité est chaque jour de trouver comment manger et comment abriter sa famille.

¹² Duburcq A, Bureau I, Courouve L. Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients [Internet]. RPS Franche-Comté; 2013 [cité 17 mai 2021]. (Tabl.). Disponible sur:

https://www.bibbop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=13365&titre=enquete-aupres-des-medecins-liberaux-defranche-comte-sur-les-rendez-vous-non-honores-par-les-patients

De plus, le délai d'attente avant le rendez-vous est souvent si long que le besoin initial peut avoir évolué ou a été éclipsé par d'autres problèmes. Les rendez-vous peuvent se multiplier en fonction de la situation de la personne, facilitant l'oubli de l'un d'eux.



Si la personne travaille mais que la situation est instable (missions en intérim, par exemple), elle peut se retrouver incapable de venir - or, **une précarité financière entrainera presque toujours une priorisation du travail** par rapport à la santé.

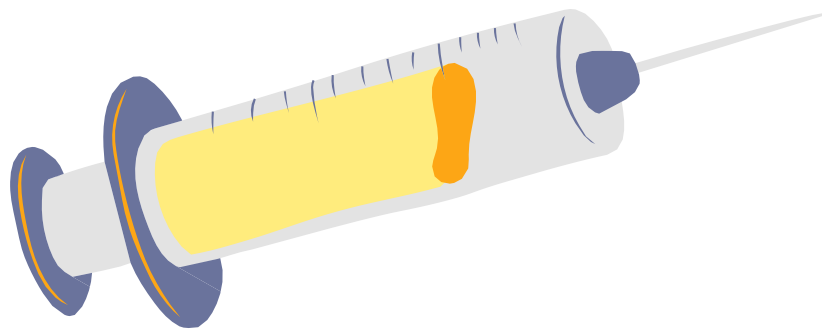
Pour un parent isolé, ou dont l'autre parent n'accepte pas facilement de prendre en charge son rôle, c'est la garde d'enfants qui peut poser des problèmes, ou même simplement une charge mentale trop importante sur un terrain déjà fragilisé.

La même configuration peut se retrouver avec les aidants, qui subviennent chaque jour aux besoins d'un de leur proche vulnérable - ce qui peut s'apparenter à un travail à temps plein et engendre beaucoup de souffrances psychiques.



Une personne précaire est plus susceptible de ne pas avoir de véhicule personnel et de dépendre de transports en communs coûteux et complexes. C'est particulièrement le cas dans les zones rurales.

Beaucoup de personnes ont vécu des situations de stigmatisation, ou des mauvaises expériences, notamment avec le corps médical. Cela peut aller du refus de soins¹³ du fait de la nature de la couverture maladie au refus de la présence d'un interprète. Les discriminations comme de la grossophobie, du racisme, du sexisme, ou en raison de la situation ou de maladies de la personne sont également des freins à prendre en considération¹⁴.



« J'ai travaillé chez Aides. Un jour où j'aidais à ramasser les seringues d'un usager, malgré mes gants, j'ai été piqué par une des aiguilles. Le traitement post-exposition m'a été refusé par l'hôpital. J'ai dû revenir le lendemain avec l'appui de mon directeur de structure pour y avoir droit, alors qu'il faut normalement faire le traitement dans les 24h» - Anonyme

Voir focus sur les refus de soins discriminatoires en page 26

¹³ <https://www.federationsolidarite.org/innover-soutenir/observatoires/observatoire-du-refus-de-soin/>

¹⁴ https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2025-05/ddd_rapport_discriminations-parcours-de-soins_20250430.pdf

Enfin, un facteur clé du rendez-vous non honoré peut être simplement la mauvaise compréhension des enjeux du rendez-vous.

Quelles conséquences pour les patients ?

Comme l'indique une étude menée par Ross McQueenie¹⁵ entre 2013 et 2016, **on constate un plus haut niveau de décès chez les patients ayant manqué plusieurs rendez-vous dans l'année.**

Les rendez-vous manqués constitueraient un marqueur significatif de risque de mortalité, à court terme, notamment chez les patients présentant des pathologies mentales et en affection longue durée (ALD). A ce titre, une personne dans une telle situation doit attirer l'attention des professionnels qui l'accompagnent.

Globalement, on note une inadéquation entre la temporalité de l'individu en situation de précarité, luttant avec l'urgence d'améliorer sa situation sociale, et la temporalité des structures de santé nécessitant souvent à minima une projection dans l'avenir. Nous préconisons donc une adaptation, autant que possible, à la temporalité des patients en situation de précarité afin d'éviter des absences répétées aux rendez-vous médicaux.

¹⁵ McQueenie R, Ellis DA, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Morbidity, mortality and missed appointments in healthcare: a national retrospective data linkage study. BMC Med. 11 janv 2019;17(1):2.

« Parfois, c'est 3 rendez-vous prévus avec les partenaires pour un seul qui fonctionne »

- Membre de la commission santé

« Situation signalée à une EMPP d'un jeune homme sorti de l'ASE à 18 ans qui est retourné chez son père, et est depuis accro aux écrans. Son père le menace et devient agressif envers lui. La Travailleuse sociale s'inquiète. Le père est OK pour l'intervention de l'infirmier psy, il faut deux entretiens pour calmer le père et arriver à voir le fils. L'infirmier essaie de trouver le moment où le père n'est pas là. Au troisième entretien avec le jeune, la discussion se passe bien. Une dépression est à craindre, l'infirmier lui conseille de voir le médecin généraliste. Il ne se lève qu'à 13h, compliquant la prise de rendez-vous. Il est OK pour voir le médecin, l'infirmier sent qu'il faut prendre le rendez-vous devant lui et avec lui. Le rdv pris, l'infirmier appelle le soir pour confirmer qu'il va voir le médecin. Il y est allé, est en traitement sous prozac et va mieux. Il accepte de réparer sa mobylette pour aller à la mission locale et maintenant il travaille. Donc en 4/5 rendez-vous, un contact avec le médecin généraliste, un petit contact à la mission locale, la situation s'est débloquée. L'infirmier a su comment réagir : « Si je n'appelais pas le médecin avec lui il n'y serait pas allé » »

- Membre de la commission santé

Outils

Capsules vidéo Regards croisés sur le soin et la précarité"

Nombre de participants : de 2 à tout un amphithéâtre

Durée : moins d'une heure

Matériel : ordinateur, rétroprojecteur



Ce projet, mené en partenariat avec Promotion Santé BFC, la Femasco et la Fédération des acteurs de la solidarité Bourgogne-Franche-Comté, s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Il vise à sensibiliser les professionnels et les étudiants aux spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Il a donné lieu à la réalisation de trois capsules vidéo qui visent à identifier les facteurs influençant la santé, tout particulièrement dans un contexte de précarité, à questionner les leviers facilitant la communication et une confiance mutuelle, essentielles à la relation de soins.

Elles s'accompagnent d'un **livret pédagogique** à destination du formateur, proposant des fiches techniques pour chacune d'entre elles et des repères théoriques.

Visionner les vidéos

Les refus de soins discriminatoires

« Constitue un refus de soins discriminatoire, au sens de l'article L. 1110-3, toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination mentionnés aux articles 225-1 et 225-1-1 du code pénal, ou au motif que cette personne bénéficie du droit à la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou du droit à l'aide médicale d'État prévu à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

[Article R1110-8 du Code de la santé publique](#)

Dans le domaine de la santé, y-a-t-il des discriminations qui parlent particulièrement à vos étudiants ?

Des données permettent d'observer des taux de discrimination significativement plus élevés pour les groupes minoritaires ou défavorisés socialement¹⁶. **La Défenseure des Droits alerte sur l'étendue des critères discriminatoires dans un rapport paru en mai 2025¹⁷**. Le handicap, le sexe, l'état de santé, l'apparence physique, l'origine, la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, l'orientation sexuelle ou encore la religion des patients sont les critères les plus discriminants selon la Défenseure des Droits.

¹⁶ Joshua Rivenbark et Mathieu Ichou, 2020, "Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey", BMC Public Health 20: 1-10.
<http://hdl.handle.net/20.500.12204/AXALSdsAGSUWAPHvktz>

¹⁷ <https://www.defenseurdesdroits.fr/lutter-contre-les-discriminations-dans-laces-aux-soins-les-recommandations-de-la-defenseure-des>

Les refus de soins suivent généralement les schémas de discrimination classiques, mais certains sont plus susceptibles d'être éprouvés par des personnes en situation de précarité que par le reste de la population. Ceci est vrai sur :

- **Les discriminations aux droits de santé** : celles-ci peuvent avoir pour origine l'absence de mutuelle ou de sécurité sociale, se manifester par des dépassements d'honoraires injustifiés, ou par un refus pur et simple de recevoir des patients dépendant de la CSS ou de l'AME... Les résultats d'une étude publiée par le Défenseur des droits en 2019 indique qu'au total, la patiente de référence obtient un rendez-vous avec succès dans 70% des cas alors que la personne bénéficiaire d'une aide (CSS) a un taux de succès de seulement 58%.

- **Les personnes allophones et ne parlant pas français** : régulièrement, la présence d'un tiers est demandée (travailleur social le plus souvent, ou proche, ce qui dans les deux cas pose la question du secret médical), soit la personne est totalement refusée même accompagnée d'un tiers.

- **Certaines représentations négatives sur des situations sociales ou maladies** : il est par exemple souvent reporté le fait que les pompiers ne se déplacent plus pour les personnes sans domicile ou que les pharmaciens refusent de délivrer un traitement par « délit de sale gueule ».

« Les ordonnances pour le Subutex contiennent le nom de la Pharmacie dans laquelle on ira le retirer. Mais parfois, la pharmacie refuse parce qu'ils pensent qu'on voudrait la revendre : on est obligé de retourner chez le médecin pour une nouvelle ordonnance » - Anonyme

D'autres discriminations n'entraînent pas forcément un refus de soins mais impactent très négativement la prise en charge du patient :

- **Le syndrome méditerranéen** serait un ensemble de stéréotypes racistes partagés, consciemment ou non, par les professionnels de santé. Ces stéréotypes amènent les professionnels à considérer que des personnes racisées auraient tendance à exagérer ou mentir sur leurs symptômes et douleurs lors d'un diagnostic médical. Elles sont également considérées comme plus résistantes et nécessitant donc moins de précautions lors des actes de soins. De plus, la formation médicale se base sur des symptômes décrits sur des corps masculins caucasiens, les professionnels étant de fait moins habitués à examiner des maladies d'origine étrangère ou des symptômes sur des peaux plus pigmentées, par exemple.
- **Le sexisme** : les femmes sont moins prises au sérieux, et moins bien prises en charge. Là encore le fait que les hommes cisgenres servent de sujet type aux études (parce qu'ils ne peuvent pas tomber enceinte, notamment), a pour conséquence une moins bonne prise en charge des femmes car leurs symptômes sont différents. On peut prendre en exemple les symptômes de crises cardiaques.
- **La grossophobie** : cette notion concerne la discrimination des personnes en situation de surpoids. Il recouvre le stéréotype que les personnes en surpoids le sont parce qu'elles "mangent trop", "sont paresseuses" et "ne prennent pas soin d'elles." On estime 53% de personnes en situation de surpoids ont déjà reçu un commentaire inapproprié de la part d'un soignant¹⁸.

En conséquence de cette grossophobie, les médecins ont tendance à moins bien traiter le ou la patiente, à tout remettre sur le poids et de ne pas investiguer les symptômes au-delà. Cela peut entraîner des erreurs ou des retards de diagnostics.

Toutes ces discriminations peuvent pousser les personnes à ne plus consulter : **les liens entre discrimination et non recours sont prouvés.**

Il est donc important de prendre conscience de ses propres biais et des discriminations que peuvent subir les personnes.

Ainsi la Fédération des Acteurs de la Solidarité a mis en place un observatoire national des situations de refus de soins afin de les documenter.



>> Pour signaler un refus de soins :

[Observatoire du refus de soins discriminatoires](#)

:



Préjugé :

Les publics en situation de précarité sont trop exigeants


Il n'est pas rare d'entendre des professionnels regretter combien certaines personnes accompagnées peuvent se montrer pointilleuses quant à l'aide qui peut leur être apportée (pas satisfaites du logement proposé, refusant une partie voire tout leur colis alimentaire...)

On retrouve ici le stéréotype du bon et du mauvais pauvre. Le bon pauvre, lui, accepte tout ce qui lui est donné avec gratitude, ne dépense son argent que dans des choses absolument vitales, ne boit pas et ne fume pas, et surtout, ne se plaint pas.

Même si une réaction négative de la part des personnes accompagnées peut être décourageante lorsque l'on fait de son mieux pour améliorer leur situation, il est important de se rappeler qu'elles sont comme tout le monde : elles ont leurs préférences, leurs aversions, leurs sensibilités... Il reste également difficile de connaître suffisamment leur histoire et leur environnement, qu'il s'agisse de leur cadre de vie ou de leurs relations sociales et familiales.

« Je me suis déjà retrouvée avec des sacs de légumes de la part d'un bon Samaritain qui ne voulait pas donner de monnaie : pour aller où ? J'avais pas de cuisine équipée dans le squat hein, aucun moyen de les préparer ses foutus légumes. » - Anonyme

La meilleure façon d'être sûr de faire des choix adaptés aux besoins de la personne est de l'impliquer au maximum dans l'élaboration, la mise en œuvre et aussi l'évaluation des mesures qui les concernent. C'est le principe de la **participation des personnes concernées**.



La participation des personnes concernées

« *Si vous n'êtes pas à table, c'est que vous êtes au menu* »
Voilà qui pourrait résumer l'importance de la participation des personnes concernées aux décisions qui sont prises à leur sujet. Et même lorsque les professionnels sont très engagés, les bonnes intentions ne suffisent pas toujours : on peut se tromper dans ses jugements, être trop prudent ou ne pas l'être assez, et finalement passer à côté de l'approche qui aurait réellement apporté de l'aide.

La participation, c'est permettre non seulement aux personnes concernées d'être actrices de leur propre parcours, mais aussi à un niveau supérieur de s'exprimer, de prendre pleinement part à une action, de manifester ses revendications.

Cela soutient l'**empowerment** des personnes : le fait de leur octroyer davantage de pouvoir d'agir sur leurs conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques.

Les enjeux sont pluriels :

Pour la personne concernée :
Accéder à la citoyenneté et se sentir (re)valorisée, faire respecter la liberté d'expression

Pour les structures :
Permettre d'améliorer le fonctionnement associatif, assurer la mise en place de réponses plus adaptées aux besoins

Pour la collectivité :
Tendre vers l'élaboration de politiques publiques plus inclusives, rendre concret le réel enjeu démocratique par la co-construction

Le Conseil de vie sociale (CVS), les conseils sociaux économiques (CSE), les conseils de quartier, le Conseil régional des personnes accueillies (CRPA), les groupes de travail, les comités de pilotage et les groupes d'expression sont des instances de participation.

Malgré les enjeux, la participation repose nécessairement sur le principe de libre adhésion : elle ne peut pas être forcée. **Mais elle doit être accompagnée.** Il ne s'agit pas simplement de mettre les gens autour de la table, elles doivent être en mesure de comprendre les enjeux pour prendre part aux échanges et s'emparer pleinement des possibilités offertes.

Faire naître la participation des personnes accompagnées requiert du temps, des échanges, des moyens humains et financiers, et une formation de tous les intervenants.

Il y a plusieurs niveaux de participation :

- La consultation** : obtenir de la part des personnes des éléments avant d'effectuer des choix. La décision finale ne tient pas forcément compte des points de vue émis.
- La concertation** : les personnes sont associées activement à une recherche de solutions communes
- La co-décision** : la prise de décision et les pouvoirs sont partagés à l'issue d'une négociation.

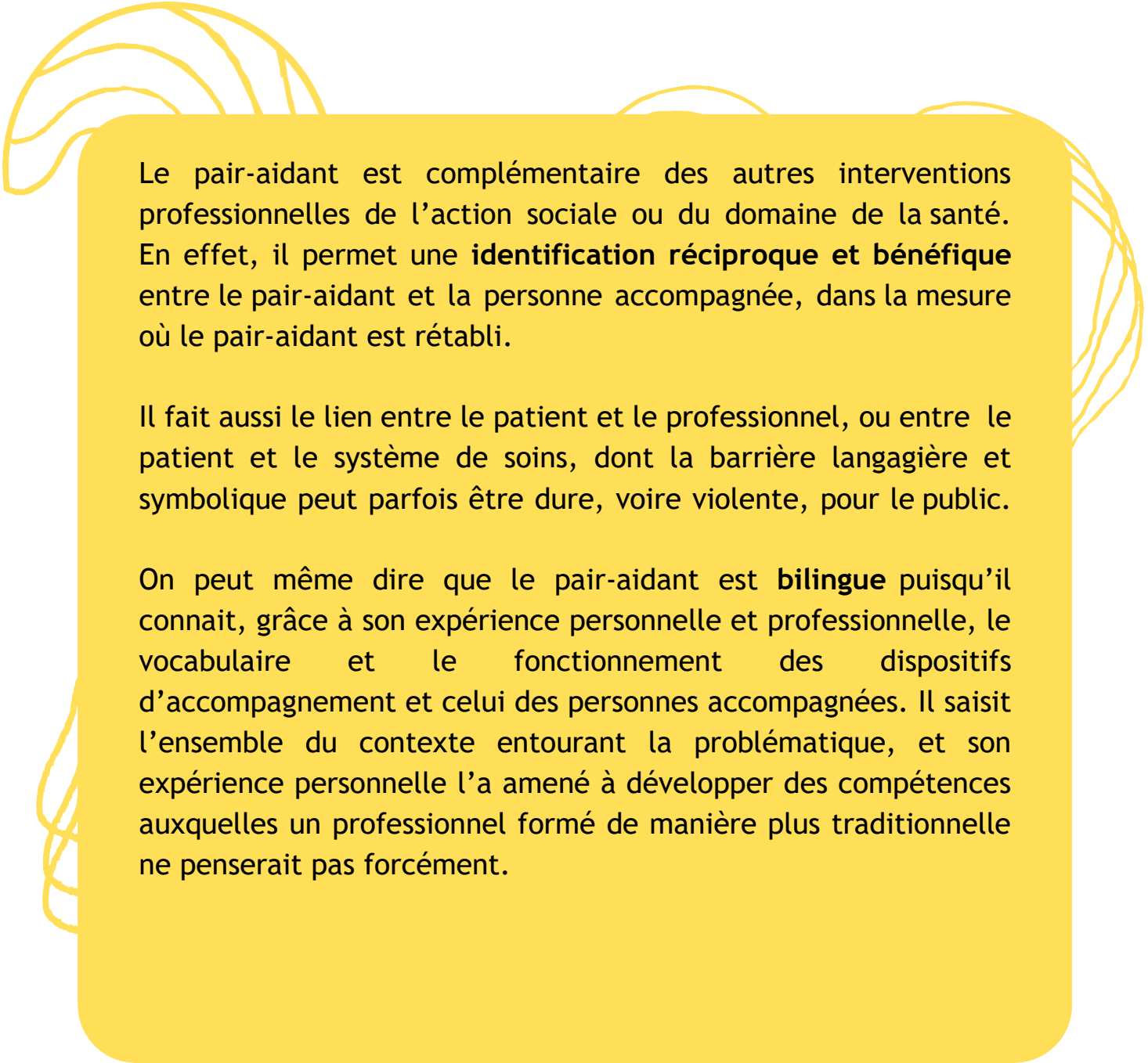
Il est important de ne pas faire de participation « vitrine » ou de façade. Les personnes concernées prennent bien souvent sur leur temps libre pour apporter leur savoirs expérientiels. Il est important de soutenir leur démarche en leur accordant un réel intérêt.

La Pair-Aidance

La pair-aidance est un autre moyen de remettre les personnes concernées au cœur de l'accompagnement. Les compétences du pair-aidant émergent de son **savoir expérientiel** (connaissances issues de ses expériences personnelles) et non d'un diplôme, bien que des formations existent pour l'outiller.

Le pair-aidant est une personne ayant un **parcours de vie sortant de la norme** accumulant ainsi des expériences spécifiques : des expériences d'addiction, des problématiques de santé mentale, d'errance, des incarcérations, etc. Il s'agit d'expériences souvent stigmatisées par l'ensemble de la société, et qui par ailleurs ont tendance à se cumuler. Mais le pair-aidant s'est **rétabli** (ce qui est différent de guéri) et a pris de la distance par rapport à son vécu, qu'il **utilise aujourd'hui pour aider et accompagner des personnes traversant des situations similaires**. Lorsqu'il est salarié pour le faire, il est appelé **travailleur pair**.

D'un point de vue historique, ce sont les associations de malades qui ont été les premières à formaliser ce type de pratiques à travers des groupes d'entraide. Ce sont les premières à s'appuyer sur le partage et les compétences acquises par le vécu. Dans les groupes des Alcooliques anonymes (AA), on parle de rétablissement bien avant que ce concept ne commence à être repris par des professionnels.

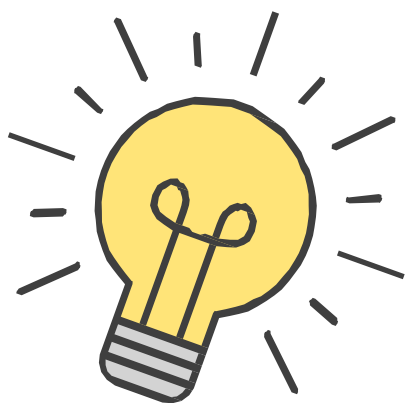
A large yellow rounded rectangle with a hand-drawn, scribbled border in a darker yellow color. The text is centered within this rectangle.

Le pair-aidant est complémentaire des autres interventions professionnelles de l'action sociale ou du domaine de la santé. En effet, il permet une **identification réciproque et bénéfique** entre le pair-aidant et la personne accompagnée, dans la mesure où le pair-aidant est rétabli.

Il fait aussi le lien entre le patient et le professionnel, ou entre le patient et le système de soins, dont la barrière langagière et symbolique peut parfois être dure, voire violente, pour le public.

On peut même dire que le pair-aidant est **bilingue** puisqu'il connaît, grâce à son expérience personnelle et professionnelle, le vocabulaire et le fonctionnement des dispositifs d'accompagnement et celui des personnes accompagnées. Il saisit l'ensemble du contexte entourant la problématique, et son expérience personnelle l'a amené à développer des compétences auxquelles un professionnel formé de manière plus traditionnelle ne penserait pas forcément.





Préjugé :

Les publics en situation de précarité vont plus souvent en prison

Ce n'est pas un simple stéréotype : les personnes précaires sont nettement sur-représentées en prison¹⁹. Alors, la précarité rend-elle malhonnête, la malhonnêteté rend-elle plus précaire ? Ou les mécanismes en jeu sont-ils bien plus complexes que cela ?

Non, contrairement à ce que certains hommes politiques avancent, il n'y a pas « que des immigrés qui sont délinquants dans ce pays »

Les statistiques françaises sur la délinquance tiennent compte de la nationalité des personnes, et non pas du lieu de naissance ou de celui des parents. Il en ressort que 85% des condamnés sont de nationalité française et que 15 % sont de nationalité étrangère.

Cette proportion est effectivement importante, mise en contraste avec le fait que la part des personnes de nationalité étrangère parmi la population générale française n'est que de 7,5%²⁰.

Mais ceci s'explique de différentes manières :

Premièrement, **la pauvreté et les conditions de vie sont les facteurs principaux de la délinquance**. Ainsi, les personnes étrangères et/ou immigrées étant surreprésentées dans cette catégorie sociale le sont également concernant les faits de délinquance. Ensuite, la recrudescence des contrôles policiers au « faciès » impacte ce chiffre. Pour finir, le traitement différencié des personnes perçues comme étrangères et/ou immigrées par le système judiciaire a pour conséquence une nouvelle surreprésentation de ce public en incarcération ou sous-main de justice²¹.

¹⁹ Observatoire International des Prisons, Prisons et pauvreté un « cercle vicieux », <https://oip.org/analyse/prison-et-pauvrete-un-cercle-vicieux/>

²⁰ Insee, Immigrés - étrangers, 24 juillet 2020 bit.ly/2wHK4wq

²¹ <https://desinfoxmigrations.fr/non-limmigration-nest-pas-source-de-delinquance/>

UNE SURREPRÉSENTATION DES ÉTRANGERS PARMIS LES PERSONNES CONDAMNÉES

Une proportion importante de condamné-es...

15,7 % des 398 894 personnes condamnées en 2020 étaient de **nationalité étrangère**.

Source : ministère de la Justice, 2021

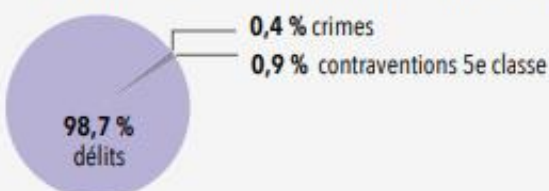
... deux fois plus que leur population

7,7 % de la population vivant en France est **étrangère** (5,2 millions de personnes en 2021)

Source : Insee, 2021

DES CHIFFRES À RELATIVISER

La majorité des condamnations sont des délits



Sources : ministère de la Justice, 2021 ; direction générale du Travail, 2021

La proportion d'étrangers varie selon le type d'infractions

- > 30 % pour la conduite sans permis
- > 25 % pour le travail illégal
- > 47 % pour les faux en écriture publique ou privée (0,7 % des délits condamnés)

L'INFLUENCE LOURDE DES DISCRIMINATIONS

Les infractions les plus courantes sont liées à la **pauvreté et aux conditions de vie**

Or, les immigrés et leurs descendants sont surreprésentés parmi les catégories socio-économiques et les territoires les moins favorisés.

Les **personnes immigrées originaires d'Afrique** représentent :

- > **32 % des ouvriers et employés** (contre 19 % pour les non-immigré-es)
- > et **13 % des cadres** (contre 20 % pour les non-immigré-es).

Source : Insee, 2020 ; Fasani *et al.*

Des facteurs structurels qui se cumulent

- > L'absence de papiers, de permis de travail, un accès au droit limité... accroît les risques de participation à des activités illicites
- > Ces délits sont propices aux contrôles et flagrants-délits
- > La surveillance policière est accrue (ex : contrôles aux faciès)
- > Les étrangers sont plus souvent condamnés à de la prison que les nationaux : la précarité juridique et sociale des étrangers y joue un rôle déterminant. En cas d'amende, les montants fixés par les juges sont souvent inférieurs car ils sont indexés sur leurs revenus.

Sources : Jobard F. et Nevanen S. ; Mucchielli ; Désinfox Migrations ²²

Enfin, les sanctions judiciaires plus lourdes sont également multifactorielles :

- ♦ Les personnes précaires ou étrangères sont impliquées dans les formes de délinquance les plus simples, mais également les plus visibles, et donc les plus réprimées par la police et la justice²³
- ♦ Lorsque l'on n'a pas d'adresse fixe, on a 5 fois plus de chance d'attendre son procès en détention provisoire de peur que le prévenu ne s'évanouisse dans la nature. Or, les prévenus représentent 30% des détenus.
- ♦ Quand on n'a pas d'adresse fixe, on a plus de chance également de passer en comparution immédiate. Les sanctions sont souvent plus lourdes.
- ♦ Les personnes sans adresse fixe sont moins concernées par les aménagements et les peines alternatives : sans lieu d'habitation, pas de possibilité d'installer un bracelet électronique.
- ♦ Ne pas pouvoir choisir son avocat faute de pouvoir le payer, c'est prendre le risque d'être moins bien défendu.
- ♦ Certains délits concernent particulièrement étrangers et pauvres : travail illégal, infractions liées à l'irrégularité de séjour, mendicité agressive, occupation en réunion d'un hall d'immeuble, etc.
- ♦ Une fois sortis de détention, la peine d'emprisonnement laisse un stigmate défavorable sur la personne et complique la réinsertion.

²³ V. Le Goaziou, L. Mucchielli, La violence des jeunes en question, Nîmes, Champ social, 2009.



L'alimentation

La nutrition est un déterminant important de la santé. Or, la **précarité est un obstacle majeur au suivi des recommandations dié-tétiques**. Les aliments de bonne qualité sont souvent plus chers, en plus d'être plus difficiles à trouver. **Le budget dédié à l'alimentation est la première dépense à être réduite** par les personnes qui font face à des difficultés financières, servant de variable d'ajustement au détriment de son bien-être. La quantité et la qualité des aliments est réduite par 4 bénéficiaires de l'aide alimentaire sur 5²⁴.

L'impact de cette mauvaise alimentation est observable directement sur les pathologies chroniques auxquelles le public en situation de précarité est le plus exposé : obésité, hypertension artérielle, diabète, ostéoporose, maladies cardiovasculaires, troubles bucco-dentaires, cancers...

Mais l'impact de cette insécurité alimentaire n'est pas uniquement physique : les repas étant des moments de convivialité dans de nombreuses cultures, ne pas pouvoir inviter à son domicile, aller au restaurant ou même manger son repas avec ses collègues pendant la pause est une **forte source d'exclusion**.

Selon la Banque Alimentaire, on estime à 7 millions le nombre de français ayant recours à un soutien alimentaire. Ce chiffre est sans doute sous-estimé : beaucoup de personnes n'y ont pas recours parce qu'ils n'ont pas les moyens de transports, ne savent pas quelles démarches faire pour y avoir droit, ou trouvent cela trop humiliant²⁵.

²⁴ INSEE, Les bénéficiaires de l'aide alimentaire parmi les plus pauvres des pauvres, Aliocha Accardo, Agnès Brun, Thomas Lellouch ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6535297?sommaire=6535307>

²⁵ Banque alimentaire, Lutter contre la précarité alimentaire ; <https://www.banquealimentaire.org/lutter-contre-la-precarite-alimentaire-139>

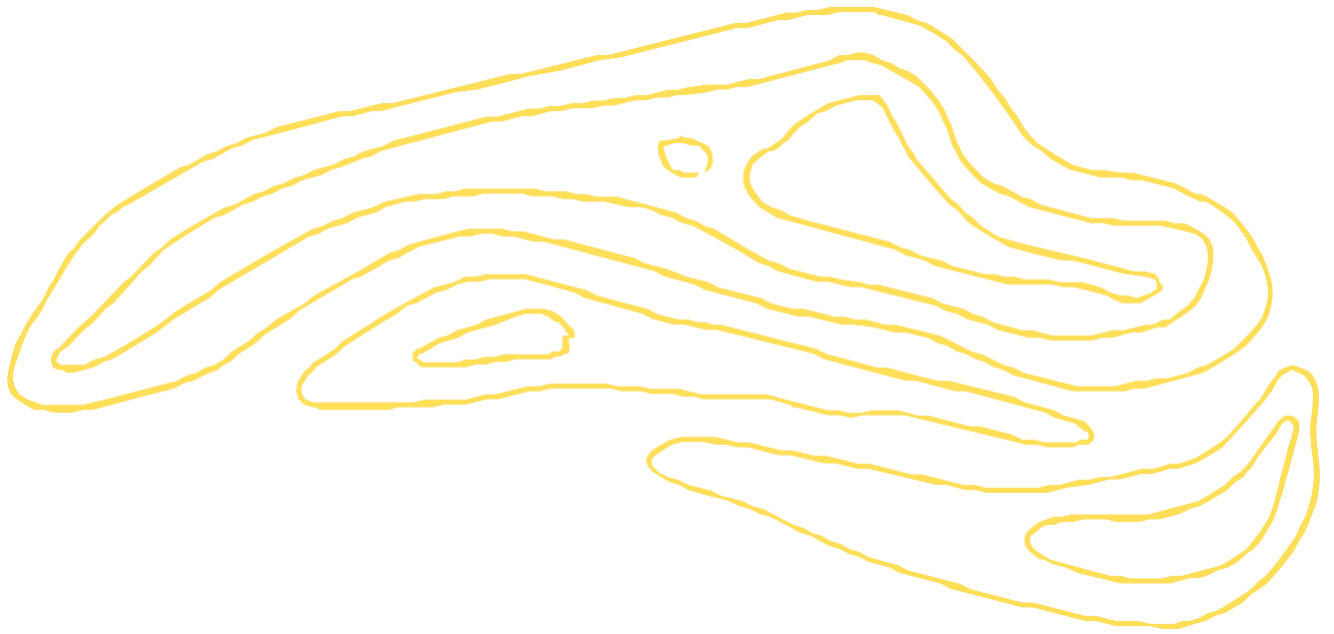
La coordination entre les acteurs

Travailler avec d'autres acteurs peut sembler compliqué - et l'être, parfois - d'autant que les personnes en situation de grande précarité sont régulièrement discriminées par les dispositifs de droit commun. Le manque de temps et de moyens des acteurs de terrain peut rendre la démarche de sollicitation complexe. Il ne faut pourtant pas hésiter à aller au-devant, à s'appuyer sur les réseaux partenariaux déjà existants, et à ne pas se décourager, quitte à poser la question à plusieurs personnes au sein d'une même structure. **Souvent, tout est une question d'interlocuteur.**

Le temps et la qualité de prise en charge qui seront gagnés pour gérer certaines situations en valent fortement le coup !

« Une jeune femme avec des problématiques psychiatriques, a eu plusieurs crises de violence à l'Accueil de Jour. Un travail a été mis en place avec le SIAO et la PASS pour qu'elle ait un logement en diffus. Une visite à domicile commune a été faite avec l'infirmier psy de CMP. On a mis en place un accueil de jour en séquentiel et aujourd'hui elle est dans un lieu d'accueil pour personnes handicapées. Il y a eu au total 6 mois de prise en charge. Chacun a eu sa place dans cet accompagnement. Un infirmier du CMP > le CHRS > le médicosocial.

Par la suite, la relation d'appui s'est inversée - du CHRS en appui de l'infirmier psy au sujet d'une situation : une personne a dégradé son logement, le CHRS a proposé de la prendre en charge une semaine le temps de retaper le logement avant que la personne puisse y retourner. On s'adapte : on facilite le travail collaboratif avec cet infirmier de la PASS qui connaît aussi notre cadre de référence. »



Fiches Parcours





Fiches parcours

Vous pourrez trouver ci-après des fiches « parcours » centrées sur les profils les plus classiquement rencontrés. Il n'est pas rare que les publics accompagnés par les travailleurs sociaux et les professionnels de santé cumulent plusieurs de ces caractéristiques.

Le but de ces fiches est de rappeler des faits chiffrés et de lever les stéréotypes.

Il peut être intéressant d'utiliser ces fiches en support du jeu en page 16, pour vérifier rapidement la réalité des préjugés relevés par les étudiantes et étudiants.

- ♦ p.40 : Mal logement
- ♦ p.41 : Familles monoparentales
- ♦ p.42 : Enfants
- ♦ p.43 : Femmes
- ♦ p.44 : Travailleurs pauvres et précaires
- ♦ p.45 : Personnes en situation de handicap
- ♦ p.46 : Etudiants, jeunes
- ♦ p.47 : Personnes âgées
- ♦ p.48 : Personnes migrantes



Le mal logement

- ♦ Le "mal logement" est un terme utilisé pour décrire la situation de personnes vivant à la rue ou dans des logements en mauvais état, qui ne répondent pas aux normes de confort, de sécurité ou de salubrité. Cette notion recouvre également le fait de ne pas maîtriser la durée d'accueil en hébergement.
- ♦ Le mal logement recouvre la problématique des logements surpeuplés, humides, mal chauffés, bruyants, ou encore sans accès à l'eau et à l'électricité.

Le saviez-vous ? La Bourgogne-Franche-Comté est la région concentrant le plus de ménage en situation de vulnérabilité énergétique. Ainsi, selon une enquête de l'INSEE et de la DREAL parue en septembre 2025, 24% des ménages sont dans cette situation (17% sur le territoire métropolitain)²⁶.

- ♦ Selon la DIHAL, 350 000 personnes sont sans logement personnel en France²⁷. Environ 120 000 femmes seraient sans logement. Elles sont bien moins visibles que les hommes, mais encourent des risques exacerbés d'agressions²⁸.
- ♦ Les personnes qui vivent avec des troubles mentaux ou qui sont marginalisées socialement sont plus à risque de se retrouver sans abri. Les personnes sans domicile fixe sont également confrontées à des difficultés d'accès à l'emploi, ce qui rend encore plus difficile toute sortie de la précarité. Cependant, beaucoup de mal logés travaillent, sans pour autant gagner assez pour accéder à un habitat digne.

²⁶ INSEE, Un ménage sur quatre en situation de vulnérabilité énergétique, David Brion, Caroline Logeais (Insee), Florent Maire (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement) ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8641135>

²⁷ DIHAL, Quelle est la situation du sans abrisme en France ; <https://www.info.gouv.fr/organisation/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement/quelle-est-la-situation-du-sans-abrisme-en-france>

²⁸ Sans domicile, le Sénat alerte sur la situation des femmes sans abri ; <https://www.vie-publique.fr/en-bref/295716-sans-domicile-le-senat-alerte-sur-la-situation-des-femmes-sans-abri>



Les familles monoparentales

- ♦ La pauvreté touche davantage les familles monoparentales que les autres. En France, elles sont estimées à 1,7 millions.
- ♦ Elles sont souvent touchées par plusieurs types de précarités, parfois simultanément : **précarité économique** (absence de soutien de l'autre parent, frais de garde importants ou même trop chers pour pouvoir se permettre de travailler, faibles salaires, emplois précaires), **précarité sociale** (isolement), et **précarité psychologique** (liée à la séparation ou à la charge mentale d'une parentalité isolée).
- ♦ **Le taux de pauvreté des familles monoparentales est de 19% en France contre 7% des couples avec ou sans enfants²⁹.**
- ♦ Bien qu'elles soient, selon le droit, prioritaires à toute autre dépense, **près du tiers des pensions alimentaires ne seraient pas versées, et 10% ne le seraient que partiellement³⁰.**
- ♦ Loin du stéréotype de mères profiteuses du système, le montant moyen de la pension alimentaire est de moins de 200€, soit bien inférieur au coût estimé pour un enfant (jusqu'à 445€ avant 12 ans, sans compter les éventuels frais de garde).
- ♦ Seules 44% des mères célibataires d'un enfant unique de moins de 3 ans sont en emploi, contre 71% des mères en couple.

²⁹ Observatoire des Inégalités, La pauvreté selon le type de ménage ; <https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-selon-le-type-de-menage>

³⁰ Le service public des pensions alimentaires devient systématique pour tous les parents séparés ; <https://solidarites.gouv.fr/le-service-public-des-pensions-alimentaires-devient-systematique-pour-tous-les-parents-separes#:~:text=Aujourd'hui%2C%20pr%C3%A8s%20d',familles%20sont%20victimes%20d'impay%C3%A9s.>



Les enfants

- ♦ Un enfant sur cinq vit sous le seuil de pauvreté. Cela représente près de 3 millions d'enfants. Ces chiffres sont importants, et sont même **nettement supérieurs à ceux de l'ensemble de la population (14,5%)**³¹.
- ♦ Cette pauvreté dès la plus tendre enfance peut entraîner plusieurs conséquences. Tout d'abord, au niveau santé : ils courent deux fois plus de risques d'être malades que les enfants nés dans une famille aux revenus dans la norme.
- ♦ Le risque de décrochage scolaire est plus élevé chez les jeunes issus de milieux populaires que chez ceux de milieux favorisés. **Plus de 40% des décrocheurs scolaires sont enfants d'ouvriers, contre 4% d'enfants de cadres.** Cela peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs qui compliquent la scolarité : le fait que ce public est davantage concerné par la monoparentalité, un manque d'espace et de calme pour travailler au domicile. Les jeunes nés pauvres ont au total 3 fois plus de risques de sortir du système scolaire sans diplôme.
- ♦ Le décrochage scolaire augmente le risque de rester dans une situation de pauvreté pour le reste de sa vie : les jeunes qui ont décroché ont deux fois plus de risques d'être au chômage que les autres³².
- ♦ Un accompagnement plus attentif des enfants en situation ou en risque de décrochage scolaire est donc à prioriser : repérage, suivi individualisé, orientation adaptée, implication des parents, soutien scolaire renforcé, orientation vers des dispositifs relais.
- ♦ Plus de la moitié des moins de 18 ans concernés par une demande d'hébergement d'urgence n'avaient pas pu être mis à l'abri. Il y a environ 2200 enfants à la rue chaque nuit³³.

³¹ INSEE, Niveau de vie et pauvreté des enfants ;

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7941395?sommaire=7941491#:~:text=Le%20taux%20de%20pauvret%C3%A9%20des,inf%C3%A9rieur%20au%20seuil%20de%20pauvret%C3%A9>.

³² Break Poverty Foundation, Les liens entre le décrochage scolaire et la pauvreté ; <https://breakpoverty.com/liens-entre-decrochage-scolaire-et-pauvrete/>

³³ Fédération des Acteurs de la Solidarité et UNICEF France, Baromètre des enfants à la rue, 2025,

<https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2025/08/Barometre-enfants-a-la-rue-2025-Synthese.pdf>



Les femmes

- ♦ Le visage de la pauvreté est souvent féminin : l'INSEE estime qu'elles sont plus souvent en situation de pauvreté que les hommes : 16,1% pour elles, contre 14,6% pour eux³⁴. Il est intéressant de voir si vos étudiants ont cité l'existence de pauvreté chez les femmes, ou si tous les traits du "préjugé du pauvre" qu'ils ont cité font référence à des hommes.
- ♦ L'Observatoire des Inégalités estime l'écart entre les revenus de travail entre les femmes et les hommes à -22%. Cette différence a pour origine, en partie, la durée de travail en moyenne plus courte : 29 % des femmes seraient dans un emploi à temps partiel, que ce soit de façon choisie ou subie, contre seulement 8% des hommes. Elles ont aussi un salaire horaire plus faible que celui des hommes, du fait de la nature de leurs postes, de leur secteur d'activité, de la discrimination de genre, ou des interruptions de carrière, notamment pour élever les enfants³⁵.
- ♦ Le taux de pauvreté chez les femmes est encore plus drastiquement élevé par rapport à celui des hommes passé 75 ans : leur mari décédant souvent en premier, les femmes dont le travail avait longtemps été invisibilisé ne touchent alors qu'une pension de réversion.

³⁴ INSEE, Taux de pauvreté selon le sexe et le seuil ; https://www.insee.fr/fr/statistiques/3567016#tableau-figure1_radio1

³⁵ Observatoire des Inégalités, D'où vient l'écart de salaire entre les hommes et les femmes ; <https://www.inegalites.fr/femmes-hommes-salaires-inegalites>



Les travailleurs pauvres et précaires

- S'il ne suffit probablement pas de traverser la rue pour trouver du travail, il ne suffit pas non plus de trouver du travail pour sortir de la précarité - malgré l'existence d'un salaire minimum en France. Selon l'INSEE, **13,3 % des emplois en France sont précaires, ce qui représente 3.7 millions de salariés³⁶**. Cela peut aller des contrats d'intérim, des contrats à durée déterminée, ou encore de contrats d'apprentissage. Ce sont les 15-29 ans qui représentent la moitié de ces salariés précaires.
- Au total, 1,5 millions de personnes exercent un emploi mais ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté³⁷. **En 2025, 22% des bénéficiaires de l'aide alimentaire étaient titulaires d'un emploi³⁸**.
- La pauvreté des travailleurs est restée assez stable pendant près de vingt ans, mais est remontée récemment à cause notamment d'une flexibilisation du droit du travail et d'une précarisation des emplois.

³⁶ Observatoire des Inégalités, L'emploi précaire en France ; <https://www.inegalites.fr/etat-precarite-emploi>

³⁷ Ministère du travail, Les travailleurs pauvres ; <https://www.inegalites.fr/etat-precarite-emploi>

³⁸ Banque Alimentaire, Etude Profils 2025, https://www.banquealimentaire.org/sites/default/files/2025-06/Etude%20profils%202025_%20Banques%20Alimentaires.pdf



Les personnes en situation de handicap

- ♦ Si la pauvreté expose à une santé moins bonne, le handicap, en retour, expose à la pauvreté.
- ♦ 20% des personnes en situation de handicap sont également en situation de précarité en 2021³⁹.
- ♦ Les personnes en situation de handicap d'âge actif (entre 15-59 ans) ont un revenu de vie médian inférieur de 17% comparativement au reste de la population active. Une personne sur quatre en situation de handicap vit sous le seuil de pauvreté⁴⁰.
- ♦ Cependant, la pauvreté des personnes en situation de handicap est en partie invisible : les données qui les concernent portent sur l'ensemble des revenus des ménages.
- ♦ Depuis octobre 2023, la nouvelle mesure de déconjugalisation de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)⁴¹ a permis de soutenir les personnes les plus vulnérables économiquement. En effet, depuis cette date, les ressources du conjoint d'une personne en situation de handicap ne sont plus prises en compte dans le calcul du versement de cette prestation sociale. Ainsi, les femmes, principalement, ne dépendent plus uniquement des revenus de leur conjoint. Cette mesure a pour objectif de lever les freins et les vulnérabilités économiques des personnes en situation de handicap les plus précaires.

³⁹ Observatoire des Inégalités, le handicap expose à la pauvreté et aux privations ; <https://www.inegalites.fr/Le-handicap-expose-a-la-pauvrete-et-aux-privations>

⁴⁰ IDEM

⁴¹ <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/deconjugalisation-de-laah-le-1er-octobre-2023>



Les étudiants et les jeunes

- ♦ De plus en plus mise en lumière par les associations, **la précarité étudiante ne fait qu'augmenter**, notamment à la suite de la crise sanitaire et à l'inflation, rendant la survie économique difficile pour cette tranche de la population. Plusieurs causes peuvent être identifiées : un manque de soutien de la part des familles, des systèmes de bourse et d'aides financières trop limités et ne prenant pas forcément en compte les situations de ruptures familiales...
- ♦ Selon l'étude « Avoir 20 ans en 2025, Etat de la précarité étudiante en France » de 2025, publiée par l'association Linkee, **deux étudiants sur trois auraient moins de 50 euros à leur disposition après avoir payé toutes leurs factures, les plaçant en situation d'extrême précarité**⁴².
- ♦ Pour s'en sortir, près de la moitié des étudiants se voient obligés de cumuler un emploi avec leurs études. Cependant, cela ne les empêche pas d'avoir recours à l'aide alimentaire puisque 30% d'entre eux en bénéficient⁴³.
De plus, ce salariat n'est pas sans conséquence : plus le volume horaire de l'emploi étudiant est important, plus les risques d'échecs scolaires le sont également.
- ♦ **N'hésitez pas à interroger directement les personnes concernées - vos étudiants - sur cette thématique, avant de compléter avec des données à plus grande échelle.**

⁴² Ass Linkee, Avoir 20 ans en 2025, état de la précarité étudiante en France ; <https://linkee.co/etude-sociologique-2025/>

⁴³ IDEM



Les personnes âgées

- ♦ Selon les Petits Frères des Pauvres⁴⁴, deux millions de personnes âgées de plus de 60 ans vivent sous le seuil de pauvreté. Les conséquences de cette précarité sont multiples : dégradation de la qualité de vie des personnes âgées, précarité alimentaire, baisse des niveaux d'activité physique et sociale, et augmentation du risque de développer des maladies chroniques et des troubles cognitifs...
- ♦ Les causes de ces chiffres peuvent être multiples, mais le faible niveau de retraite reste la principale. Le minimum vieillesse est de 1012 euros, bien en deçà du seuil de pauvreté fixé à 1216 euros pour une personne seule⁴⁵. De nombreuses personnes âgées ne bénéficient pas d'une retraite suffisante pour couvrir leurs besoins et doivent avoir recours aux aides sociales et aux réseaux familiaux - quand ils en ont⁴⁶ - pour subvenir à leurs besoins. D'autres facteurs tels que l'âgisme, l'insuffisance des aides à domicile et la hausse des tarifs des soins de santé contribuent également à cette situation.

⁴⁴ Les Petits Frères des Pauvres, 3^{ème} baromètre de l'isolement des personnes âgées en France 2025 ; <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/3e-barometre-de-lisolement-des-personnes-agees-en-france-2025-augmentation-dramatique-de-la-mort-sociale/>

⁴⁵ Les petits Frères des Pauvres, Rapport 2024, Vivre sous le seuil de pauvreté quand on a plus de 60 ans ; <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/actualites/vivre-sous-le-seuil-de-pauvrete-quand-on-a-plus-de-60-ans-le-nouveau-rapport-des-petits-freres-des-pauvres/>

⁴⁶ Les Petits Frères des Pauvres, 3^{ème} baromètre de l'isolement des personnes âgées en France 2025 ; <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/3e-barometre-de-lisolement-des-personnes-agees-en-france-2025-augmentation-dramatique-de-la-mort-sociale/>



Les personnes migrantes

- La précarité est un phénomène particulièrement préoccupant parmi la population migrante en France. Les migrants sans statut légal sont particulièrement à risque, car ils n'ont pas le droit d'exercer un emploi et sont souvent exposés à l'exploitation par des employeurs peu scrupuleux et à des conditions de vie précaires.
- Selon l'Observatoire des Inégalités, 18.8% des personnes immigrées vivent sous le seuil de pauvreté en France. Les personnes immigrées représentent 10% de la population totale mais 22,5% des personnes en situation de pauvreté.
- Parmi eux, environ 300 000 sont sans abri, 100 000 sont des réfugiés et 20 000 sont des mineurs isolés.
- Les personnes immigrées occupent des emplois moins rémunérés car ils sont, souvent, moins diplômés.
- Les discriminations à l'embauche sont également un frein pour accéder à des emplois mieux rémunérés et ont un impact sur le déroulement des carrières⁴⁷.
- Les conditions d'accès aux soins de ces personnes sont également entravées par différentes problématiques tels que les discriminations, les difficultés linguistiques ou des démarches administratives complexes. La Fédération des Acteurs de la Solidarité a publié en 2025 un plaidoyer sur cette thématique afin de préconiser des actions concrètes facilitant l'accès au système de santé⁴⁸.

⁴⁷ Observatoire des Inégalités, Les immigrés, plus souvent frappés par la pauvreté ; <https://www.inegalites.fr/Les-immigres-plus-souvent-frappes-par-la-pauvrete#:~:text=Le%20jury%20du%20C2%AB%20Prix%20du,les%20immigr%C3%A9s%20n%C3%A9s%20en%20Europe.>

⁴⁸ Fédération des Acteurs de la Solidarité, Plaidoyer « Santé des personnes exilées », <https://www.federationsolidarite.org/actualites/retour-sur-la-journee-nationale-sante-des-personnes-exilees/>



Autres outils



Autres outils

Score EPICES

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. L'intérêt principal du score EPICES consiste à appréhender des populations, qui tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité, présentent les mêmes risques en matière de santé. Une **version simplifiée** a été élaborée pour repérer les personnes en vulnérabilité. Le score EPICES simplifié est téléchargeable sur le site d'Agir pour le Cœur des Femmes (<https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/fiches/coeur-des-femmes/Le-score-EPICES-simplifie->).

Les PASS (Permanences d'accès aux soins)

Ces dispositifs permettent aux personnes n'ayant pas d'assurance maladie et pas les moyens financiers d'accéder aux soins de bénéficier de soins gratuits, et d'avoir une ouverture de droits en santé. Il existe 17 PASS en BFC.

Guide du défenseur des droits

Parce que les professionnels de l'action sociale sont au contact des plus vulnérables, ils peuvent être témoins de situations dans lesquelles la sollicitation du Défenseur des droits pourrait être nécessaire. Celui-ci a donc publié un guide de 18 fiches thématiques tirées d'exemples concrets pour permettre de mieux repérer les situations problématiques et de savoir quand et comment saisir le Défenseur des droits.

Consulter le guide



Bibliographie



Autès, M. (2012). 3 - Un impensé : les inégalités sociales de santé. Dans : Lise Demailly éd., La politique de santé mentale en France: Acteurs, instruments, controverses (pp. 41-52). Paris: Armand Colin.

Brousse, C., De la Statistique et des Études Économiques, I. N., Massé, E., & De la Rochère, B. (2006). *L'enquête sans-domicile 2001*. INSEE.

Cloutier, G. & Maugiron, P. (2016). La pair aide en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92, 755-760.

Cornu Pauchet, M. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*, 53(1), 43-56. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0043>. <https://shs.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-43?lang=fr>

Défenseur des Droits ; Déconstruction des stéréotypes et préjugés ; https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd_fiche_stereotypes_prejuges_2012.pdf

Défenseur des Droits, Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales. Etudes et résultats ; Octobre 2019

Fédération des Acteurs de la Solidarité, Plaidoyer « Santé des personnes exilées », <https://www.federationsolidarite.org/actualites/retour-sur-la-journee-nationale-sante-des-personnes-exilees/>

Joshua Rivenbark et Mathieu Ichou, 2020, "Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey", *BMC Public Health* 20: 1-10.

L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes - Insee Première - 1687. (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>

La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions - Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/la-mesure-du-renoncement-aux-soins-est-tres-sensible-la-formulation-des>

La pauvreté, l'exclusion sociale et ses préjugés ; Table d'Action Contre l'Appauvrissement de l'Estrie, https://www.tacaestrie.org/wp-content/uploads/2016/10/Manuel_sur_la_pauvrete_TACAE.pdf

La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Réalisé sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm). Janvier 2010

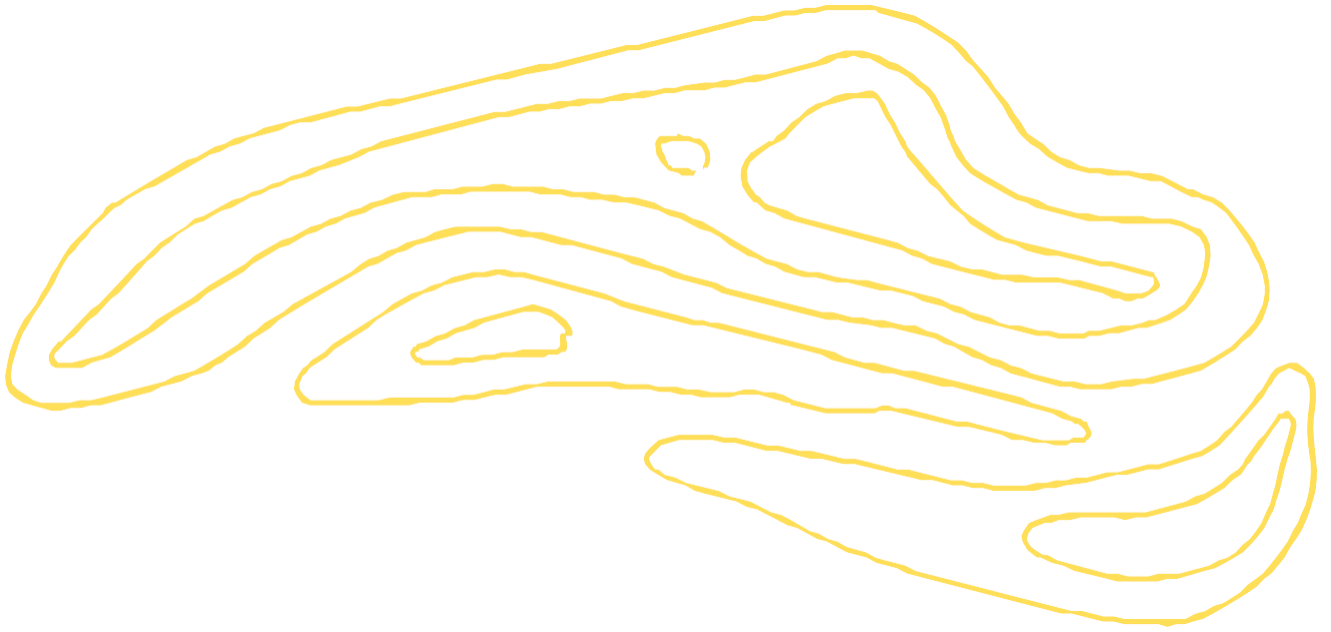
Les Petits Frères des Pauvres, 3^{ème} baromètre de l'isolement des personnes âgées en France 2025 ; <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/3e-barometre-de-lisolement-des-personnes-agees-en-france-2025-augmentation-dramatique-de-la-mort-sociale/>

McQueenie R, Ellis DA, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Morbidity, mortality and missed appointments in healthcare: a national retrospective data linkage study. *BMC Med.* 11 janv 2019;17(1):2.

Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>

vie-publique.fr. (2021, 7 décembre). *Qu'est-ce que le renoncement aux soins ?* <https://www.vie-publique.fr/fiches/37862-quest-ce-que-le-renoncement-aux-soins>

Roze, M., Vandentorren, S., & Melchior, M. (2019). Santé mentale des mères et des enfants de familles sans logement en Île-de-France. Résultats de l'enquête ENFAMS. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, 67(7), 313-318. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961719300777?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=9a1f52daab57ae33



Glossaire



Centre Communal d'Action sociale (CCAS) : Le CCAS est le service social de la mairie d'une commune.

Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : L'Aide Sociale à l'Enfance est le service départemental de protection de l'enfance. Ce service intervient auprès de mineurs et jeunes majeurs à la suite d'une décision judiciaire ou administrative d'enfance en danger. L'ase doit « *apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre* » (Code de l'Action Sociale et des Familles, article L 221-1)

Seuil de pauvreté : Selon l'Observatoire des Inégalités, le taux de pauvreté correspond aux « personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain pourcentage du niveau de vie dit « médian ». Ce revenu médian est celui qui partage la population en deux, autant gagne moins, autant gagne davantage. Il est mesuré après impôts et prestations sociales. Le seuil de pauvreté est de plus en plus fréquemment fixé à 60 % du niveau de vie médian. »

Pair aideance : Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la pair aideance est un ensemble de pratiques d'accompagnement par lesquelles une personne s'appuie sur son savoir expérientiel pour aider, soutenir et accompagner d'autres personnes vivant des situations comparables. Cette démarche de pair aideance s'appuie sur la transformation de l'expériences en savoirs et en compétences.

Etranger.e : Selon le Code de l'entrée et du Séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) définit comme étrangère « les personnes qui n'ont pas la nationalité française, soit qu'elles aient une nationalité étrangère, soit qu'elles n'aient pas de nationalité. » L'INSEE ajoute « Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. » La qualité de personne étrangère peut donc changer au cours de la vie d'une personne si celle-ci acquiert la nationalité française.

Immigré.e : Une personne immigrée est née à l'étranger et est de nationalité étrangère. Une personne de nationalité Française née à l'étranger et vivant en France n'est pas comptabilisée dans cette catégorie. Ainsi, une personne immigrée peut ne pas être étrangère si elle acquiert la nationalité Française. L'INSEE explique qu'un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est, quant à elle, permanente.


Personnes sous-main de justice : Ce terme désigne les personnes faisant l'objet d'une mesure restrictive ou privative de liberté et placées sous l'autorité judiciaire. Elles peuvent être soit incarcérées, soit bénéficier d'une mesure en milieu ouvert ou d'une peine d'accompagnement socio-judiciaire. De ce fait, toutes les personnes sous-main de justice ne sont pas détenues.

Sans abri : Selon l'INSEE, ce terme désigne une personne n'ayant aucun abri pour se protéger contre les intempéries extérieures. Ce terme recouvre donc les personnes n'ayant pas de logement ou qui occupent un abri de fortune (tentes, hall...).

Sans Domicile Fixe (SDF) : Selon l'INSEE, cette notion regroupe plus largement les personnes n'ayant pas de logement fixe. Il s'agit donc de toutes les personnes sans abris mais également celle hébergées dans les centres d'hébergement d'urgence en prenant en considération plus le critère de la précarité que celle de l'occupation du logement.

Mal-logement : Les situations de mal logement recouvrent plusieurs réalités. Les personnes sont considérées comme étant mal logées si leur logement est dégradé ou insalubre, s'il est trop petit comparativement au nombre d'occupants ou s'il n'est pas adapté à leurs besoins spécifiques (exemple des personnes en situation de handicap). Les personnes logées en établissement social ou à l'hôtel sont considérées comme étant mal logées car elles ne maîtrisent pas la durée de leur hébergement.

Monoparentalité : Selon l'INSEE, une famille monoparentale est constituée par une personne qui réside avec un ou plusieurs de ses enfants et qui ne vit pas en couple avec une autre personne du ménage. En France, un ménage sur quatre serait monoparental.



Pensions de réversion : Lors du décès de son conjoint, une personne peut percevoir, sous certaines conditions, une partie de la pension de retraite du conjoint décédé. Cette pension de réversion est versée par l'Assurance Retraite.

L'âgisme : Relatif au terme employé pour évoquer une notion de discrimination liée à l'âge. Elle peut être faite envers des individus jeunes mais également envers des personnes âgées ou vieillissantes. Elle se manifeste par une marginalisation des personnes qui en sont victimes sur la base de préjugés concernant leurs capacités de prise de décisions ou de compréhension et la négation de leurs droits à participer à des activités sociales.