



Document de travail
Working paper

**Effets attendus sur la pauvreté
de huit politiques de santé
introduites dans la Stratégie nationale
de prévention et de lutte contre la pauvreté
et dans le Ségur de la santé**
Une revue de la littérature

Damien Bricard, Paul Dourgnon, Jonas Poucineau (Irdes)

DT n° 86

Février 2022

La collection des documents de travail de l'Irdes est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse et de méthode économiques appliquées aux champs de la santé, de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue exprimés dans les documents de travail ne reflètent que ceux de leurs auteurs. Les lecteurs des Documents de travail sont encouragés à contacter les auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions.

* * *

IRDES Working Papers collection is established as a means of ensuring quick dissemination of research results and prepublished versions of scientific articles. The papers aim to stimulate reflection and discussion with regard to analysis and methods applied in health economics and public policy assessment. The work presented in IRDES Working papers collection may not always represent the final results and sometimes should be treated as work in progress. The opinions expressed are uniquely those of the authors and should not be interpreted as representing the collective views of IRDES or its research funders. Readers are encouraged to email authors with comments, critics and suggestions.

 **IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 06 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication / Director of publication** Denis Raynaud
- **Éditrice / Publisher** Anne Evans
- **Maquettiste / Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page / Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion / Diffusion** Suzanne Chriqui
- **Imprimé par / Printed by** Sprint Copy (Paris) • **Dépôt légal** : février 2022
- **ISBN** : 978-2-87812-570-2 • **ISSN papier** : 2101-5902 • **ISSN électronique** : 2102-6386

Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé

Une revue de la littérature

Damien Bricard^a, Paul Dourgnon^a, Jonas Poucineau^a

RÉSUMÉ : Quelles sont les conséquences des politiques de santé sur la situation économique et sociale des individus ? A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, nous proposons un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018 et du Ségur de la santé 2020. Ces mesures concernent l'amélioration de l'accès et l'extension de l'assurance complémentaire, le renforcement de l'offre de soins de proximité dans les territoires défavorisés, enfin l'offre médicosociale à destination des personnes en situation de grande pauvreté. Dans ce schéma, la santé joue sur la pauvreté selon deux canaux de causalité. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins réduit les dépenses de santé susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins, et ainsi de l'état de santé, influence à terme le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi et le revenu. La littérature éclairant l'effet des réformes de l'assurance complémentaire en France sur les populations pauvres est le plus souvent américaine et française. En France, la généralisation de la complémentaire santé est devenue un enjeu de politique publique en l'absence de mécanisme de limitation des restes à charge. Aux États-Unis, l'absence de couverture universelle a conduit au développement de programmes visant à faciliter l'accès à une couverture santé aux plus pauvres. Malgré l'*Affordable Care Act* ou *Obamacare* mis en œuvre à partir de 2010, 28 % des adultes y restaient sous-assurés en 2016. En France, les travaux portent sur l'impact de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le recours aux soins et sur les déterminants du non-recours à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ainsi qu'à la CMU-C. Aux États-Unis, des travaux estiment les effets des extensions de *Medicaid* sur différentes dimensions de la pauvreté telles les dépenses de santé, le recours aux soins, l'état de santé, l'accès à l'emploi. Les mesures portant sur l'offre de soin de proximité et l'adaptation des services de santé aux publics défavorisés et aux minorités ethniques peuvent être éclairées par les exemples des *Community Health Centers* aux États-Unis et au Canada. Enfin, les programmes *Housing First* ou *Medical Respite* permettent d'étudier les effets attendus de l'offre médico-sociale pour la grande pauvreté.

CODES JEL : I14, I13, I18, I32, I38.

MOTS CLÉS : Inégalités de santé, Assurance santé publique et privée, Politiques publiques, Régulation, Politiques de santé, Mesures et analyses de la pauvreté, Programmes d'aide sociale, Comparaisons internationales.

^a Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France

Expectable Effects on Poverty Reduction of the Health System Reforms Introduced in the National Strategy for the Prevention and Reduction of Poverty

Literature Review

Damien Bricard^a, Paul Dourgnon^a, Jonas Poucineau^a

ABSTRACT: What are the consequences of health policies on the economic and social situation of individuals? Based on a literature review on French and foreign programmes and policies, we set forth a conceptual framework for the analysis of the effects on poverty of several health policies embedded in the 2018 National Strategy for the Prevention and Reduction of Poverty (*Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte Contre la Pauvreté*) and the 2020 Healthcare Stakeholders' National Consultation (*Séjour de la Santé*). Within this framework, healthcare influences poverty via two causality channels. On the one hand, the improvement of the financial accessibility of healthcare reduces healthcare costs that are likely to lead to individuals fall into or remaining in poverty. On the other hand, the improvement in access to healthcare, and thus individuals' health status, has an impact on individual's educational level, access to employment, and income, over the life cycle.

Literature providing an insight into the impact of the complementary health insurance reforms on the poor in France is mostly American and French. In France, the generalisation of complementary health insurance has become a public policy issue in the absence of a mechanism for capping out of pocket expenses. In the United States, the absence of universal health coverage led to the development of programmes to facilitate access to healthcare cover for the poorest people. Despite the Affordable Care Act (Obamacare), which was introduced in 2010, 28% of adults were still uninsured in 2016 (Collins, 2017). In France, studies have focused on the impact of Complementary Health Insurance plan for the poor (*Couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C*) the Health Insurance Voucher Plan (*Aide au paiement d'une complémentaire santé, ACS*), either looking at non-take up and impact on the use of healthcare services. In the United States, studies have assessed the effects of the extensions of Medicaid on Healthcare Costs, the use of healthcare, the health status, and employment. The programmes addressing local healthcare provision and the adaptation of health services to deprived population groups or ethnic minorities can be illustrated by Community Health Centers programmes in the United States and Canada. Lastly, the Housing First and Medical Respite programmes make it possible to study the likely effects of medico-social programmes aiming at tackling extreme poverty.

JEL CODES: I14, I13, I18, I32, I38.

KEYWORDS: Health inequalities, Health insurance public and private, Government policy, Regulation, Public health, Measurement and analysis of poverty, Welfare program, International comparisons.

^a Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France

Sommaire

Résumé	1
Abstract	2
Remerciements	5
1. Introduction	7
1.1. Contexte.....	7
1.2. Concepts et définitions.....	8
1.2.1. Le social dans le champ de la santé.....	8
1.2.2. Pauvretés, pauvreté en santé et précarité	8
2. Effets attendus des mesures sur la pauvreté	10
2.1. Typologie des mesures étudiées	10
2.1.1. Objectifs.....	10
2.1.2. Leviers de l'accès aux soins	11
2.1.3. Cadre théorique et chaînes de causalité.....	11
2.1.4. Cadre théorique général.....	12
2.1.5. Mesures relatives à l'assurance.....	13
2.1.6. Interaction médicale, recours aux soins et santé.....	14
3. Revue de la littérature	15
3.1. Assurance.....	15
3.1.1. Extension de l'assurance.....	15
3.1.2. Extension des garanties dentaires et optiques.....	19
3.1.3. Non-recours à l'assurance	20
3.2. Centres de santé communautaires et Pass	24
3.2.1. Centres de santé communautaires.....	24
3.2.2. Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)	27
3.3. Prise en charge médico-sociale des populations en situation de grande pauvreté.....	27
4. Conclusion	32
5. Bibliographie	33
6. Annexe : recommandations pour l'évaluation des mesures	42
6.1. Mesures relatives à l'assurance	42
6.1.1. Objectifs de l'évaluation	42
6.1.2. Cadre de l'évaluation et méthodes	42
6.1.3. Populations d'intérêt	43
6.1.4. Suivi et évaluation des résultats	43
6.1.5. Limites des sources de données existantes	46

6.2.	Mesures relatives à l'offre de soins de proximité.....	47
6.2.1.	Evaluation et suivi du déploiement, de l'activité et de la soutenabilité des structures.....	48
6.2.2.	Données administratives.....	49
6.2.3.	Données d'enquête.....	49
6.3.	Mesures relatives à l'offre médico-sociale à destination des publics très précaires	49
6.3.1.	Public cible.....	49
6.3.2.	Objectifs.....	49
6.3.3.	Informations nécessaires pour l'évaluation	50
6.3.4.	Méthodologie envisagée pour l'évaluation.....	50
6.3.5.	Dispositifs existants et limites	52

Remerciements

Nous tenons à remercier Marine de Montaignac (France Stratégie), Catherine Pollak (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Drees), Sandrine Danet (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie-Hcaam) et Alice Blanchon (Direction de la Sécurité sociale-DSS), ainsi que Chloé Ravouna (Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes-DIPLPEJ), pour leurs relectures et leurs éclairages.

Cette revue de littérature a largement bénéficié de l'appui du service de documentation de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et de sa responsable Marie-Odile Safon.

1. Introduction

1.1. Contexte

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (« Stratégie » dans la suite du texte), introduite en 2018, est un ensemble de mesures visant à réduire la pauvreté et les inégalités économiques et sociales. Cinq de ses dispositions sont situées dans le champ de la santé. Le Ségur de la santé propose, en 2020, des mesures d'investissement dans le système de santé et comprend aussi un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé. Notre étude vise à mieux comprendre les effets sur la pauvreté des cinq politiques de santé proposées dans la Stratégie et de trois politiques incluses dans le Ségur, c'est-à-dire évaluer les résultats de politiques de santé hors du champ de la santé elle-même.

Les mesures étudiées sont traversées par les thèmes du non-recours, de l'inclusivité et de la prise en charge globale. L'extension, depuis 2000 des dispositifs d'assurance vers des groupes de population défavorisés (Couverture maladie universelle-CMU, Couverture maladie universelle complémentaire-CMU-C, Aide à la complémentaire santé-ACS, Aide médicale de l'Etat (AME), ...) s'est heurtée à des phénomènes de non-recours importants, voire massifs. L'organisation inclusive des services de santé vise à adapter l'offre de ces services aux publics qu'ils sont censés servir, en réduisant les distances, en particulier culturelles avec ces populations, surtout les personnes défavorisées. Le système de santé français accuse de ce point de vue un retard historique sur ses voisins, en particulier nord européens. Le projet européen *Migration Policies Integration Index* (MIPEX) illustre de ce point de vue une forme de paradoxe français, positionnant très clairement la France parmi les pays accordant le plus de droits aux immigrants, et, à l'inverse, la classant parmi les derniers en termes d'inclusivité, mais aussi de production de connaissances. Dans les mesures étudiées, la recherche de l'inclusivité se retrouve dans les services d'interprétariat, les groupes mobiles (le « allez-vers »), l'adaptation des durées de consultation, la participation des patients à la gestion des structures et la formation des professionnels de santé.

La prise en charge globale, c'est-à-dire à la fois sanitaire et sociale, est justifiée par les résultats de la recherche et les expériences étrangères, mais aussi par le contexte français. Il existe aujourd'hui une forme de consensus sur le fait que les inégalités de santé se construisent pour la plupart hors du système de santé, d'où la nécessité d'impliquer les autres acteurs de la protection sociale. Par ailleurs, le contexte français est marqué par le nombre important d'organisations et de dispositifs intervenant dans le champ de la protection sociale. Cette superposition est une source d'inefficacité pour les acteurs de la protection sociale et de complexité pour les publics concernés.

De plus, si les disparités d'état de santé trouvent en partie leur source dans le champ du social, la santé elle-même est un déterminant des trajectoires individuelles et souvent considérée comme une dimension de la pauvreté. Ainsi et comme on le verra ci-dessous, le renoncement aux soins et la mauvaise santé sont eux-mêmes des dimensions de la pauvreté, alors que l'état de santé est un composant d'indices macro-économiques, comme l'indice de développement humain.

Cette revue de littérature propose une perspective originale en ce qu'elle considère les effets de politiques de santé au-delà de la santé elle-même. Le cadre d'explication des

effets des mesures de la Stratégie et du Ségur se situe donc à la croisée de deux courants de causalité réciproques, l'un faisant de la santé un déterminant de la situation économique et sociale des individus, l'autre plaçant la santé comme le produit de déterminants sociaux. Elle se place aussi comme une étape d'une approche globale de l'évaluation des politiques publiques considérant les effets non sanitaires des politiques de santé, mais aussi les impacts des politiques non sanitaires sur la santé. Une approche "*Health in all policies*" qui pourrait aussi justifier l'analyse de l'impact de certains dispositifs non sanitaires de la Stratégie sur l'état de santé des personnes pauvres.

1.2. Concepts et définitions

1.2.1. Le social dans le champ de la santé

Les définitions successives de la santé, en s'éloignant de la morbidité pure, ont intégré un lien entre état de santé et situation sociale ou revenu. Ainsi, la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001 inclut la « capacité à assumer ses rôles (...) professionnels et sociaux ». Un lien qui devient formalisé dans l'approche de Sen (Nielsen, 2015), où l'état de santé devient une dotation nécessaire, conditionnant le bien-être et la capacité de l'individu à faire des choix et exercer un rôle social.

Dans l'approche économique de Grossman (Grossman, 1999), la santé devient une dimension singulière du capital humain, dont le stock initial et son évolution conditionnent la situation économique et sociale de l'individu. Dans un mouvement réciproque, le résultat de l'investissement de l'individu dans sa propre santé, c'est-à-dire ses efforts à se maintenir en bonne santé, est croissant avec son niveau d'éducation. Le modèle intègre donc de premiers éléments d'explication des inégalités sociales de santé.

1.2.2. Pauvretés, pauvreté en santé et précarité

La pauvreté est un concept pluriel. Les mesures étudiées dans cette revue de littérature regroupent l'accès à l'assurance complémentaire, l'organisation des soins de proximité dans des zones défavorisées, et des programmes ciblés visant des populations marginalisées. Elles concernent des groupes de populations différents et donc des types de pauvreté également distincts. Nous reprenons ci-dessous quelques acceptions de la pauvreté pertinentes pour l'analyse des politiques étudiées.

La pauvreté absolue concerne les situations où les besoins fondamentaux de la personne, tels que nourriture ou logement, ne sont plus satisfaits. Elle concerne des personnes souvent marginalisées, caractérisées par des niveaux de revenu très faibles, un éloignement du marché du travail mais aussi des structures de protection sociale et de soin, un isolement social, un état de santé souvent marqué par la maladie mentale et les problèmes d'addiction. La notion de grande pauvreté, par ailleurs couramment employée dans le langage commun, fait l'objet de travaux méthodologiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en cours actuellement. Les Lits d'accueil médicalisés (Lam) et les Lits halte soins santé (LHSS), que nous traitons dans cette étude, apparaissent traiter la pauvreté absolue ou la grande pauvreté.

La pauvreté en conditions de vie et la pauvreté relative sont couramment convoquées dans l'analyse des politiques sociales et de redistribution. La pauvreté en conditions de vie, ou privation matérielle, désigne une situation de difficulté économique durable. Le

taux de pauvreté en conditions de vie est mesuré en France depuis 2004. Sa mesure est construite à partir de l'observation de différentes dimensions objectives de la pauvreté matérielle parmi lesquelles on retrouve l'insécurité financière et le logement, également constitutifs de la précarité.

Le concept de pauvreté relative, qui est intrinsèquement associé à celui d'inégalité, apparaît potentiellement pertinent pour étudier la redistribution opérée par les remboursements de santé et les transferts en nature consécutifs aux réformes de l'assurance complémentaire. Il est donc important que les dépenses de santé et les transferts en nature soient pris en compte dans les indicateurs de pauvreté monétaire.

Les dimensions de la pauvreté en conditions de vie nous apparaissent particulièrement pertinentes et en partie mobilisables pour l'analyse des effets des mesures du Ségur et de la Stratégie. Une approche par la précarité leur serait très complémentaire. La précarité est usuellement définie comme l'état de ce qui n'offre aucune garantie de durée, qui est incertain, sans base assurée, révoquant. Les personnes précaires connaissent des trajectoires professionnelles instables, un accès aux soins marqué par les ruptures de droits et des besoins de soins non satisfaits.

La précarité se caractérise par une accumulation de fragilités. Celles-ci concernent la situation vis-à-vis de l'emploi (contrats précaires, temps partiels non souhaités, emplois multiples, épisodes de chômage), la situation financière (fins de mois difficiles, endettement), la situation familiale, le logement, enfin la santé et l'accès aux soins, en particulier des renoncements aux soins pouvant être liés à des ruptures de droits ou des difficultés de trésorerie.

« Les ménages en situation de précarité sont plus fragiles et plus vulnérables aux chocs et ruptures de parcours dans toutes ces dimensions. Ils ne disposent pas en général de réserves importantes et connaissent donc plus que les autres des passages récurrents par l'état de pauvreté » (Loisy, 2000).

La Stratégie porte explicitement sur la prévention de la pauvreté, donc sur la réduction des risques de glissement dans la pauvreté, c'est-à-dire qu'elle s'exerce en particulier sur la zone frontalière où se cumulent risques et fragilités de différentes natures. En ceci, elle fait directement référence à la précarité.

Notons pour conclure que si les concepts de pauvreté relative, de pauvreté en conditions de vie et de précarité sont bien distincts, leurs mesures ne le sont pas totalement. Ainsi, une étude du panel européen des ménages (Atkinson *et al.*, 1998) montre qu'environ 37 % des ménages situés sous le seuil de pauvreté relative en 1994 ne l'étaient plus en 1995 et 5 % des personnes non pauvres en 1994 le sont devenues en 1995. L'importance des entrées et des sorties de la pauvreté relative montre que le seuil de pauvreté relative permet probablement d'identifier des parcours de précarité. De plus, il est souvent cité pour discuter les réformes comme celle de la CMU-C, dont le plafond de revenu est usuellement comparé au seuil de pauvreté relative. De même, en 2014, le taux de pauvreté en conditions de vie était de 12,8 % alors que le taux de personnes sous le seuil de pauvreté relative était de 14,1 %.

2. Effets attendus des mesures sur la pauvreté

2.1. Typologie des mesures étudiées

Les mesures étudiées ici sont au nombre de huit (liste ci-dessous). Nous en proposons une typologie en deux blocs (assurance et offre de soins), eux-mêmes divisés en deux sous-parties selon les publics cibles et les mécanismes activés. Le premier groupe du volet assurance comprend les mesures P1 et P4. Il s'agit d'une extension des garanties relatives à l'assurance qui concerne une population relativement large incluant les anciens bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Le second groupe du volet assurance comprend la mesure P2, qui consiste à automatiser l'accès à la CMU-C pour les allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) et concerne donc une population plus ciblée et plus pauvre en moyenne. Le premier groupe du volet sur l'offre de soins comprend les mesures P3 et S2 relatives à la création de centres de santé communautaires et participatifs dans les quartiers défavorisés et la mesure S1 sur le renforcement en temps médicaux et paramédicaux des Permanences d'accès aux soins (Pass), il concerne une population essentiellement précaire mais relativement large. Le deuxième groupe du volet offre de soins comprend les mesures P5 et S3 portant sur le renforcement de dispositifs de soins ou d'accompagnement médico-social auprès des populations les plus pauvres.

Liste des mesures étudiées

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	
P1	« Garantir à chacun l'accès à une complémentaire santé ».
P2	« Renouveler automatiquement la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) ».
P3	« Créer 100 centres de santé communautaires dans les Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ».
P4	« Accompagner le « 100 % santé » sur l'optique, les aides auditives et le dentaire »
P5	« Augmenter massivement les solutions d'accompagnement social renforcé : 1 450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les Lits d'accueil médicalisé (Lam) et Lits halte soins santé (LHSS) ; 1 200 places supplémentaires pour des Appartements de coordination thérapeutique (ACT), soit une augmentation de 25 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) spécifique ».
Ségur de la Santé	
S1	« Renforcer en temps médicaux et paramédicaux les 400 Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) prenant en charge les patients sans droit dans les hôpitaux ».
S2	« Créer 60 centres de santé « participatifs » avec une offre adaptée aux populations de territoires défavorisés ».
S3	« Créer 500 nouveaux LHSS pour attendre 2 600 places d'ici 2022 offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe ».

2.1.1. Objectifs

Les objectifs annoncés de ces mesures relatives à la santé sont la baisse de l'insécurité financière en relation avec la prise en charge financière des soins et la réduction des inégalités d'accès aux soins et d'état de santé. Nous pouvons globalement considérer trois

sous-objectifs principaux : augmenter et améliorer le recours aux soins des populations précaires, améliorer l'état de santé, enfin, réduire la pauvreté (figure 1).

2.1.2. Leviers de l'accès aux soins

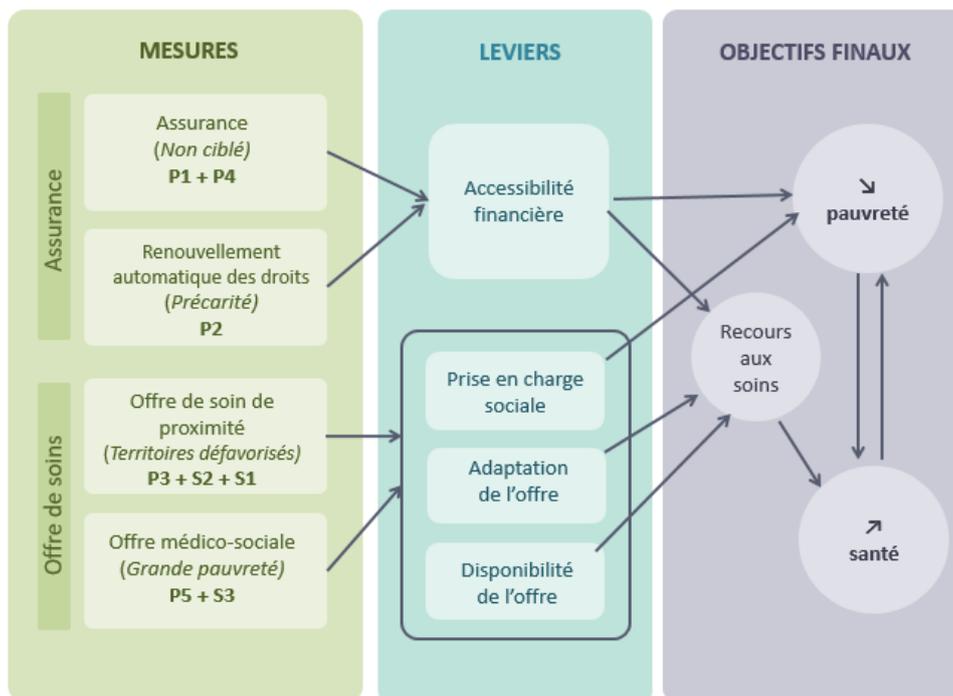
Parmi les différents leviers de l'accès aux soins identifiés dans la littérature (Carrillo *et al.*, 2011 ; DeVoe *et al.*, 2007 ; Jusot *et al.*, 2019 ; Penchansky, Thomas, 1981), nous en retenons trois principaux sur lesquels les politiques d'accès aux soins à destination des publics pauvres ont vocation à s'appuyer :

- L'accessibilité financière concerne à la fois le coût des primes d'assurance et le montant des restes à charge après prise en charge par l'assurance obligatoire puis complémentaire.
- l'accessibilité/disponibilité de l'offre concerne la proximité géographique de l'offre et l'adéquation de la ressource en personnel médical ou médico-social aux besoins de la population cible.
- l'interaction médicale et avec le système de santé concerne l'adaptation de l'offre sanitaire et sociale à la population cible, en particulier la réduction de la distance culturelle entre médecins et patients (participation des usagers, « allez-vers », inter-prétariat, formation des professionnels, prise en charge globale).

2.1.3. Cadre théorique et chaînes de causalité

Nous proposons de décrire les chaînes de causalité à partir d'un schéma général puis de deux zooms permettant d'éclairer le détail de certains mécanismes (figure 1).

Figure 1 Schéma général des chaînes de causalité



2.1.4. Cadre théorique général

Les mesures relatives à l'assurance peuvent agir sur la réduction de la pauvreté, de façon à la fois directe et indirecte. Elles ont pour principal objectif d'améliorer l'accessibilité financière à l'offre de soins, à travers une baisse des primes et une réduction des restes à charge, en proposant des niveaux de garanties supérieurs (meilleure prise en charge des soins ou élargissement du panier de soins pris en charge). La diminution des primes et la baisse des restes à charge peuvent avoir un effet direct sur l'insécurité financière des ménages précaires causée par des dépenses importantes et imprévues en assurance et en soins de santé. L'amélioration du panier de soins peut, quant à elle, permettre de diminuer le renoncement aux soins pour raison financière qui est, en France, la principale cause de renoncement aux soins pour les ménages dont le budget restreint ne permet pas de financer certains soins de santé dont ils auraient besoin.

Les mesures relatives à l'offre de soins peuvent également agir à différents niveaux sur l'accès aux soins, la santé et la pauvreté. L'implantation de centres de santé au sein des quartiers défavorisés peut permettre de lever plusieurs barrières d'accès aux soins, notamment l'éloignement géographique de l'offre de soins (qui constitue également une source importante de renoncement aux soins), et la distance culturelle entre une partie de la population et le personnel médical. Le renforcement de dispositifs de soins et d'accompagnement médico-social peut également agir sur les leviers relatifs à l'accessibilité de l'offre et à l'adaptabilité aux besoins des populations très précaires, à travers l'interaction médicale et avec le système de santé. Ces centres de santé et dispositifs d'aide médico-sociale peuvent agir à la fois sur l'accès aux soins et sur la santé au travers des soins fournis ou de l'orientation vers les services adaptés, et de façon plus indirecte sur la pauvreté financière à travers l'aide à l'obtention de minima sociaux.

L'accès aux soins, la santé et la pauvreté sont quant à eux inter-corrélés. En effet, d'une part l'accès aux soins constitue en soi un aspect important de la dimension de la pauvreté relative à la santé. Un meilleur accès aux soins entraîne une réduction de cette dimension de la pauvreté et par conséquent des inégalités sociales de santé. D'autre part, une augmentation du recours aux soins entraîne logiquement une amélioration de l'état de santé, notamment pour les populations précaires qui sont fortement concernées par des problématiques de besoins de soins non satisfaits. Enfin, si une amélioration de la santé influe sur la réduction de la pauvreté par l'intermédiaire de différents canaux (meilleure employabilité, réduction des arrêts maladie, réduction des dépenses en soins de santé, meilleure intégration sociale...), la réciproque est également possible (meilleures conditions de vie, moindre exposition à des facteurs de risque, meilleure littératie en santé, proximité géographique et culturelle avec le système de soins...).

De façon générale, le capital social des individus peut jouer un rôle important dans les chaînes de causalités et est lié, de façon directe ou indirecte, à l'accès aux soins, la santé et la pauvreté. En effet, la participation sociale, le stress psycho-social lié à la participation ou à l'exclusion sociale, le réseau social, la confiance dans le système de soins et les relations sociales avec des proches influent tous et sont influencés par le niveau de précarité (sociale et sanitaire) des individus. Par exemple, les personnes en situation d'exclusion sociale sont plus exposées à des souffrances ou des pathologies psychiques ou somatiques, ont tendance à s'éloigner du système de soins par manque de connaissance ou de confiance en ce dernier, et ont probablement un réseau social plus restreint qui limite leurs chances de sortie de la précarité. Ces facteurs auront tendance à réduire leur

accès aux soins, à dégrader leur état de santé et à augmenter leur niveau de pauvreté, ce qui aura pour conséquence d'accroître leur exclusion sociale. A l'inverse, l'interaction du personnel médico-social avec des personnes en grande précarité peut engendrer un cercle vertueux tendant vers la sortie de la pauvreté, par l'intermédiaire d'un ensemble de soins de santé, d'aides sociales et d'orientations vers le système de santé. Cet aspect vient donc enrichir et complexifier les chaînes de causalité entre les mesures relatives à la santé et les objectifs visés.

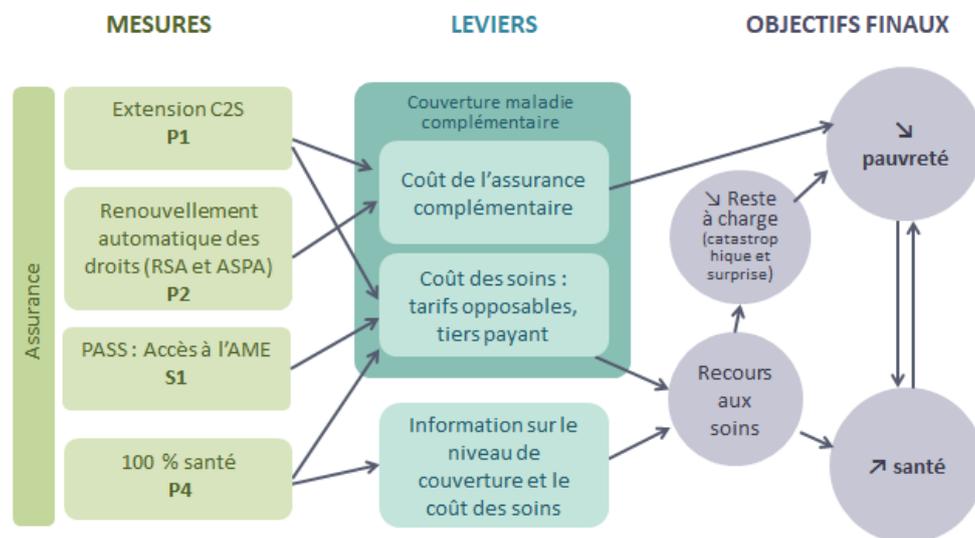
2.1.5. Mesures relatives à l'assurance

La figure 2 permet de préciser les mécanismes causaux à l'œuvre dans les mesures concernant l'assurance complémentaire santé et l'accessibilité financière aux soins. L'extension de la CMU-C aux populations jusque-là éligibles à l'ACS leur permet de bénéficier d'une complémentaire santé (Complémentaire santé solidaire-C2S) en contrepartie d'une participation financière dépendant de l'âge qui peut être moins onéreuse et de meilleure qualité qu'une complémentaire santé du marché. La C2S permet aussi à ses bénéficiaires de diminuer le coût des soins par rapport à une mutuelle classique en n'ayant pas à payer de franchise médicale ou de participation forfaitaire ni de dépassements d'honoraires en cas de respect du parcours de soins (médecin traitant avant spécialiste). Elle permet aussi de ne pas avoir d'avance de frais grâce au tiers payant.

Le renouvellement automatique des droits à la C2S pour les bénéficiaires du RSA et de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) – comme le minimum vieillesse – permet d'éviter des démarches administratives et la rupture des droits. On ajoutera aussi dans les effets potentiels des mesures santé du Plan pauvreté sur l'accessibilité financière aux soins le rôle de l'offre de soins de proximité (centres de santé communautaires et Pass) dans l'accès aux droits et à la complémentaire santé en ce qui concerne les éligibles à la C2S et à l'AME.

Le 100 % santé en audiologie, optique et dentaire permet de diminuer le coût des soins pour un public plus large de bénéficiaires d'une complémentaire santé (C2S et contrats

Figure 2 Assurance et accessibilité financière aux soins

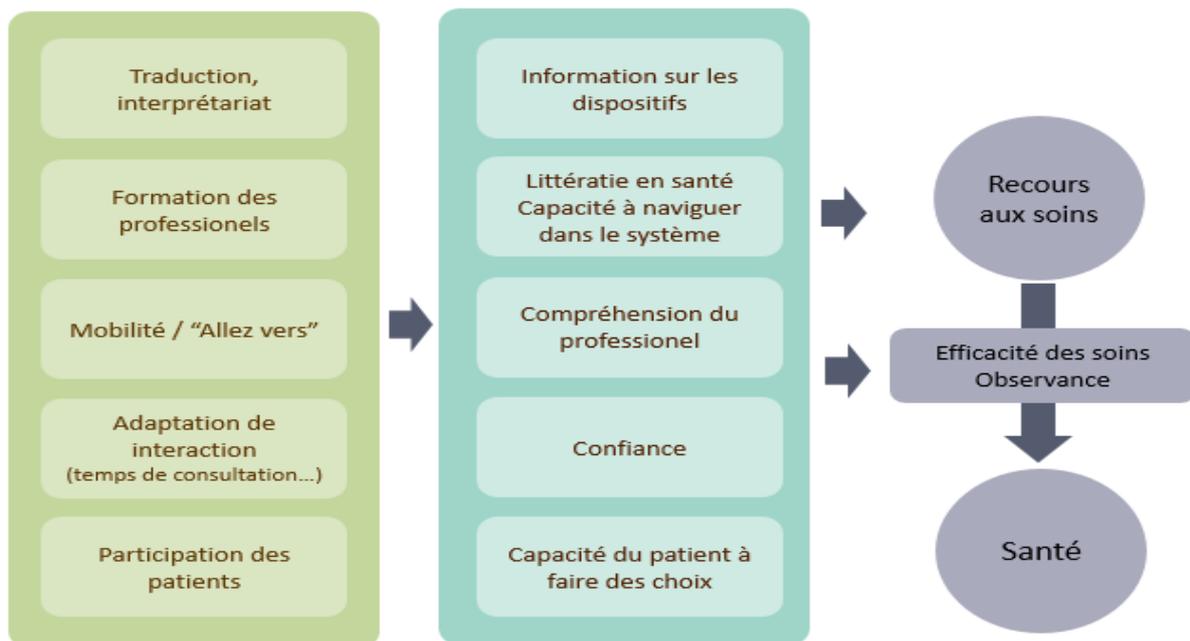


responsables) en mettant en place des tarifs opposables et le tiers payant pour les équipements auditifs optiques et dentaires. En plus d'une diminution du coût des soins, cette mesure permet aussi d'améliorer l'information sur les contrats de complémentaire santé et sur le prix des soins dans la mesure où le socle des garanties minimum couvertes par les contrats est élargi. Une meilleure information sur le niveau de couverture et sur le coût des soins couplée aux mesures de gratuité des soins peut ainsi favoriser le recours aux soins et diminuer le renoncement aux soins tout en permettant d'éviter des restes à charge surprises et catastrophiques, et donc le risque d'insécurité financière et de pauvreté. Au-delà de l'effet direct du coût de la complémentaire et du coût des soins sur la pauvreté, le recours aux soins peut permettre une amélioration de l'état de santé à court et plus long terme à travers la prévention, et ainsi avoir un effet sur la pauvreté par le biais du lien santé-pauvreté.

2.1.6. Interaction médicale, recours aux soins et santé

Les politiques d'inclusivité visent à améliorer l'interaction entre professionnels de soins et patients. Les pratiques discriminatoires, dont les refus de soins, qui ont été observées pour la CMU-C et l'AME en France (Cornu-Pauchet, 2018) peuvent relever de préjugés culturels ou être induits par les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux. Cependant, les modèles de discrimination statistique de Balsa et McGuire (Balsa, McGuire, 2003) montrent que la distance sociale entre patient et médecin peut générer, même en l'absence de préjugés de ce dernier, des traitements médicaux sous-optimaux. La moindre efficacité des soins prodigués aura alors un impact sur l'état de santé des patients, mais pourra aussi diminuer leur demande de soins, dont ils anticiperont une efficacité moins importante, voire négative ou nulle. La méconnaissance par les professionnels de la situation sociale de leurs patients, y compris en termes d'assurance, et la faiblesse de la formation des médecins français sont largement documentées (figure 3).

Figure 3 Liens entre les mesures d'offre de soin, l'interaction médicale et les objectifs finaux



3. Revue de la littérature

Pour pouvoir éclairer les effets potentiels des mesures de la Stratégie et du Ségur, nous avons exploré la littérature française et internationale portant sur l'évaluation de dispositifs comparables, ainsi qu'un ensemble de travaux de recherche éclairant les hypothèses permettant de construire un modèle théorique. Le champ disciplinaire principal de la revue est l'économie, en particulier l'évaluation des politiques publiques. Nous avons aussi inclus de façon complémentaire les approches de la sociologie, de la santé publique et de l'épidémiologie sociale.

Pour ce travail, nous nous sommes appuyés sur les sources suivantes : (1) base documentaire de l'Irdes ; (2) recherche « boule de neige », à partir des références pertinentes en amont et en aval des travaux ; (3) recherche documentaire à partir de mots-clés dans une base de données bibliographiques (Medline) pour certaines thématiques spécifiques (centres de santé communautaires, Pass...) ; (4) littérature grise comprenant un ensemble de documents administratifs relatifs à la Stratégie, au Ségur et aux différentes mesures, ainsi que des rapports d'évaluation et bilans d'activité de certains dispositifs.

Notre revue est regroupée en trois parties selon les thématiques traitées, comportant chacune un tableau synthétique des principales évaluations de dispositifs similaires repérées dans la littérature.

3.1. Assurance

Le premier groupe de mesure concerne l'élargissement de la couverture complémentaire santé par le biais de l'extension de la CMU-C aux anciens éligibles de l'ACS, le 100 % santé sur l'optique, le dentaire et l'auditif et le renouvellement automatique de la C2S pour les bénéficiaires du RSA.

3.1.1. Extension de l'assurance

La France est le pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où la part des Restes à charge (Rac) supportés par les usagers dans la dépense totale de santé est en moyenne la plus faible. Pourtant, les taux de renoncement financiers aux soins y sont parmi les plus élevés et les inégalités sociales de recours aux services de santé y sont importantes, en particulier pour les soins de spécialistes et les soins dentaires (Chaupain-Guillot & Guillot, 2015 ; Devaux, 2015). Ce résultat peut être le reflet de barrières financières à l'accès aux soins pour les plus modestes, liées à la fois à des besoins de soins plus importants et à leur plus faible taux de couverture par une assurance complémentaire.

En France, le taux de couverture par une complémentaire santé des résidents est de 96 %, mais il est inégalement réparti et 11 % des ménages les plus modestes appartenant au décile le plus pauvre n'en bénéficient pas (Fouquet, 2020). La création de la CMU-C puis de l'ACS ont eu pour objectif de réduire les problèmes d'accès à la couverture complémentaire santé mais ces deux dispositifs font face à un non-recours important : le taux de non-recours à la CMU-C est estimé entre 34 à 45 % et celui de l'ACS entre 41 à 59 % (Fonds CMU, 2018). La création de la C2S en novembre 2019 a pour objectif d'améliorer la couverture complémentaire des plus modestes en permettant aux mé-

nages, éligibles jusqu'alors à l'ACS, de pouvoir souscrire à la C2S avec une participation financière modeste dépendant de l'âge.

Les effets à attendre de cette mesure d'extension de la CMU-C et de création de la C2S peuvent être tirés en premier lieu des études réalisées en France à la suite de la mise en place de la CMU-C. Concernant l'accessibilité financière aux soins, il a été montré que la CMU-C permettait de supprimer les Rac pour 75 % des bénéficiaires même si des Rac élevés peuvent encore être observés pour certains bénéficiaires concernant les postes optique, dentaire et les consultations et visites chez le médecin (Ricci, Gilles, 2010). Malgré un taux de non-recours important à la CMU-C, la gratuité de la couverture permet aussi d'agir directement sur le budget des ménages bénéficiaires avec des effets redistributifs importants (Sireyjol, 2016). En revanche, les ménages les plus modestes au-dessus du seuil de la CMU-C doivent faire face à des taux d'effort particulièrement forts pour financer une complémentaire santé en dépit de l'ACS (Jusot *et al.*, 2011), ce qui réduit fortement la solidarité entre classes de revenu liée à l'assurance complémentaire, contrairement aux effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire (Jusot *et al.*, 2017).

Plusieurs travaux ont aussi montré un impact de la CMU-C sur le recours aux soins avec, en particulier, une augmentation du recours aux soins de spécialistes et une hausse des dépenses de santé, ainsi qu'une probabilité plus élevée de recours à tous les types de soins (médecin généraliste, spécialiste et médicaments) [Grignon *et al.*, 2008]. Ces résultats ont été observés pour les personnes inscrites de façon volontaire qui étaient pour la plupart sans couverture avant la mise en place de la CMU-C, contrairement aux inscrits de façon automatique qui bénéficiaient déjà d'une couverture auparavant et pour lesquels le recours aux soins n'a pas été impacté. Dans une autre étude, la comparaison du recours aux soins des personnes autour du seuil d'éligibilité à la CMU-C a permis de montrer que l'éligibilité à la CMU-C permettait aux personnes plus modestes d'avoir des consommations de soins similaires au reste de la population (Guthmuller, Wittwer, 2017). Pour les jeunes de moins de 30 ans, l'éligibilité à la CMU-C conduit à un recours plus élevé aux spécialistes dans une population qui, en l'absence de la CMU-C, aurait été susceptible d'être moins souvent couverte par une complémentaire santé. Enfin, un article récent a étudié l'impact de la CMU-C sur la consommation de soins à partir d'un choc exogène sur le bénéfice de CMU-C qui fait suite à l'hospitalisation d'un autre membre du ménage (Carré *et al.*, 2021). Les auteurs montrent un impact important de l'accès à la CMU-C sur la probabilité de consommer des soins ambulatoires (soins dentaires, médecin généraliste, spécialiste, pharmacie) ainsi que sur le volume des dépenses de soins.

Aux États-Unis, il existe depuis 1965 deux systèmes d'assurance maladie universelle : *Medicare*, pour les individus âgés de 65 ans ou plus et les personnes handicapées, et *Medicaid*, pour les populations aux revenus modestes, principalement les ménages bénéficiaires des prestations sociales comme la *Supplemental Security Income* (SSI) ou la *Temporary Assistance for Needy Families* (TANF), ou les enfants de ménages pauvres. Ces programmes sont gérés au niveau fédéral, par conséquent de grandes variations existent entre les États concernant les niveaux de couverture et les conditions d'éligibilité.

Depuis les années 1980, un certain nombre de réformes ont été mises en place pour modifier les critères d'éligibilité, en particulier pour *Medicaid*, afin d'étendre la couverture à un plus grand nombre de ménages. La réforme la plus significative a eu lieu en

2010 avec l'*Affordable Care Act* (ACA), communément appelée *Obamacare*. La mise en place de cette réforme a également été variable selon les États : dans la plupart des cas, les États ont décidé d'étendre la couverture publique de *Medicaid*, mais certains ont choisi d'étendre l'assurance privée, tandis que d'autres ont décidé de ne pas appliquer d'extension de la couverture. Avant l'*Obamacare*, une personne sur six n'était pas couverte par une assurance maladie (publique ou privée).

La littérature scientifique présentant les effets des différentes extensions de *Medicaid* et de *Medicare* est extrêmement riche et porte sur des domaines d'analyse variés comme la santé, le recours aux soins, l'insécurité financière liée aux dépenses de santé et la situation économique des ménages, ou encore l'emploi et le niveau d'études. Nous en présenterons ici les principaux résultats, en se focalisant sur les travaux portant sur *Medicaid*, dont la population cible est globalement comparable avec celle des bénéficiaires de la C2S en France.

En 2008, une expérimentation à grande échelle a été mise en place dans l'état d'Oregon. Il s'agit d'une extension de la couverture de *Medicaid*, dont les bénéficiaires étaient tirés au sort, sous forme de loterie, parmi les personnes inscrites et éligibles au programme (individus âgés de 19 à 64 ans, résidant dans l'Oregon et vivant sous le seuil de pauvreté, sans assurance santé pendant au moins six mois, citoyens américains ou immigrés légaux). Au total 10 000 personnes ont été sélectionnées – globalement en moins bonne santé que l'ensemble de la population (Allen *et al.*, 2010) – pour lesquelles les effets ont été observés pendant deux ans, en comparaison avec un groupe témoin.

Les résultats de cette expérimentation montrent des effets positifs pour le groupe de bénéficiaires, avec une augmentation du recours aux soins primaires et aux soins préventifs (Baicker *et al.*, 2013, 2014 ; Finkelstein *et al.*, 2012) et du nombre d'hospitalisations (Finkelstein *et al.*, 2012), ainsi qu'une amélioration de la santé mentale (Baicker *et al.*, 2013). En revanche aucun effet significatif n'a été observé sur la santé physique (Baicker *et al.*, 2013), et le nombre d'admissions aux services d'urgence a également augmenté (Taubman *et al.*, 2014). En ce qui concerne les dépenses de santé, les travaux d'évaluation ont montré une réduction des Rac et des dettes médicales (Finkelstein *et al.*, 2012). Aucun effet n'a été observé sur l'emploi ou l'accès aux prestations sociales, à l'exception des bons alimentaires (Baicker *et al.*, 2014).

Par ailleurs, les effets de l'ACA ont été largement étudiés et documentés dans la littérature. La réforme est à l'origine d'une augmentation importante du taux de couverture de *Medicaid* (Levy *et al.*, 2019), notamment pour les chômeurs (Buchmueller *et al.*, 2019). En ce qui concerne l'accès aux soins, les principaux résultats témoignent d'une augmentation du recours aux services de santé, en particulier pour les personnes aux revenus faibles ou moyens ou pour les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques ou de santé mentale qui n'étaient initialement pas couvertes (Clemans-Cope *et al.*, 2013 ; McKenna *et al.*, 2018). Une étude comparant des États selon qu'ils ont étendu ou non la couverture de *Medicaid* sous l'ACA montre également une amélioration de la qualité des soins, et une réduction des recours aux urgences dans les États ayant mis en place l'ACA, contrairement aux résultats de l'*Oregon experiment* (Sommers *et al.*, 2016). En conséquence l'expansion de *Medicaid* a également été associée à une meilleure santé perçue (Sommers *et al.*, 2016), notamment pour les chômeurs (Buchmueller *et al.*, 2019).

De nombreux travaux ont été menés pour observer l'impact de l'ACA sur la situation économique des ménages, dont les résultats sont globalement assez homogènes. L'accès à *Medicaid* grâce à l'ACA a permis à de nombreux ménages de réduire leurs dépenses en soins de santé (Clemans-Cope *et al.*, 2013 ; Glied *et al.*, 2017 ; Levy *et al.*, 2019), notamment pour les familles aux revenus modestes, avec en premier lieu les dépenses liées aux services médicaux (consultations de médecin ou à l'hôpital), puis celles liées aux primes et aux prescriptions de médicaments (Glied *et al.*, 2017). D'autres travaux ont montré une réduction du nombre de factures impayées (Brevoort *et al.*, 2017 ; Hu *et al.*, 2016) et de la pression financière liée aux soins de santé (McKenna *et al.*, 2018), et également des effets plus indirects, comme une réduction du nombre de prêts contractés chaque mois (Allen *et al.*, 2017). En revanche les effets éventuels de l'ACA sur la consommation hors santé semblent moins évidents (Levy *et al.*, 2019). Enfin, concernant les liens de l'assurance avec l'emploi, l'accès à *Medicaid* ne semble pas associé à une réduction de la recherche d'emploi ou de la participation au marché du travail pour les chômeurs, mais plutôt à une légère réduction des sorties du marché du travail pour certaines catégories d'individus (parents et chômeurs de courte durée) [Buchmueller *et al.*, 2019].

D'autre part, les effets à long terme de l'accès à *Medicaid* ont également été analysés. Sur le plan de la santé, l'accès à *Medicaid* dans la petite enfance serait associé à une réduction de la mortalité et de l'invalidité à l'âge adulte (Goodman-Bacon, 2016), et les individus dont la mère a obtenu l'accès à la couverture prénatale sous *Medicaid* présenteraient des taux plus faibles de maladies chroniques à l'âge adulte, et moins d'hospitalisations liées au diabète et à l'obésité (Miller, Wherry, 2019). Une étude indique également que le nombre d'années de couverture au cours de l'enfance serait corrélé négativement avec celui des hospitalisations et des visites aux urgences à l'âge adulte dans la communauté africaine américaine (Wherry *et al.*, 2015). Enfin, les effets positifs pour la santé associés à l'accès précoce à *Medicaid* des premières générations concernées s'étendraient aux générations ultérieures (East *et al.*, 2017).

Sur le plan du niveau d'études et de l'accès à l'emploi, les auteurs montrent que les expansions de *Medicaid* ont augmenté les taux d'obtention du diplôme d'études secondaires (équivalent du baccalauréat), et que l'éligibilité à *Medicaid* pour la petite enfance améliore l'accès à l'emploi, mais principalement parmi les personnes d'ethnicité blanche (Goodman-Bacon, 2016).

La littérature permet donc de mettre en avant les effets des extensions de *Medicaid* sur plusieurs dimensions de la pauvreté, illustrant ainsi les différentes chaînes de causalité présentées en partie 3.2. Toutefois, il est important de noter ici que si la nature des effets observés aux États-Unis pourrait se retrouver en France avec la mesure relative à la C2S, leur ampleur devrait y être nettement moindre, en raison des profondes différences entre les systèmes d'assurance des deux pays. En effet, aux États-Unis les extensions de *Medicaid* ont dans la plupart des cas permis de couvrir des individus qui n'avaient initialement aucune assurance maladie (s'agissant donc d'une « assurance au premier euro »), alors que la C2S en France est une assurance complémentaire qui intervient en complément de la couverture par l'assurance maladie obligatoire, de façon donc plus marginale qu'aux États-Unis.

L'exemple taïwanais d'extension de l'assurance est également éclairant. En mars 1995, un système d'assurance maladie universelle a été introduit à Taïwan (*National Health Insurance-NHI*), financé conjointement par les charges sociales, les subventions de l'État

et les primes individuelles. La part de la population bénéficiant d'une couverture maladie est ainsi passée de 57 % à 98 %, et les bénéficiaires jouissent d'un accès presque gratuit aux soins de santé avec un ticket modérateur de faible montant pour la plupart des hôpitaux et cliniques. La mise en place de la NHI a permis une augmentation substantielle du recours aux soins hospitaliers et ambulatoires, notamment pour les personnes âgées (Chen *et al.*, 2007), tout en réduisant les restes à charge, en particulier pour les dépenses en soins de santé et en pharmacie, avec un impact plus important pour les milieux sociaux défavorisés (Ku *et al.*, 2019). L'espérance de vie des populations pauvres a significativement augmenté, avec pour conséquence une réduction des disparités de santé au sein de la population (Wen *et al.*, 2008). Sur le plan économique, l'introduction de la NHI a eu un impact négatif sur l'épargne des ménages, expliqué par une moindre incertitude vis-à-vis d'éventuelles dépenses médicales à venir (Chou *et al.*, 2003).

3.1.2. Extension des garanties dentaires et optiques

En complément de la littérature présentant les effets de l'extension de la couverture de *Medicaid* d'un point de vue général, certains travaux se sont penchés sur les effets d'une extension des garanties relatives des postes de soins spécifiques, comme l'optique et le dentaire, qui constituaient des options facultatives qu'une partie des États ont mis en place lors des réformes de *Medicaid*. Les effets attendus de la mesure sur l'accompagnement du 100 % santé pourraient être tirés de ces évaluations, ainsi que d'une évaluation similaire réalisée en Corée du Sud, à la suite d'une réforme ayant étendu la couverture des soins dentaires entre 2012 et 2014.

Concernant les soins optiques, une étude comparant un groupe de bénéficiaires de la couverture des soins optiques avec un groupe de non-bénéficiaires a montré une probabilité significativement plus élevée d'avoir consulté un ophtalmologue au cours de l'année passée pour les bénéficiaires, et une probabilité significativement moins élevée d'avoir renoncé à des lunettes ou à des lentilles de contact pour raisons financières, de déclarer des difficultés à voir avec leur correction habituelle ou de déclarer des limitations fonctionnelles liées à la vue (Lipton, Decker, 2015). Dans un autre article publié l'année suivante, les auteurs ont montré également que la couverture des soins optiques est associée à une réduction de la probabilité d'avoir une « sous-correction » pour la vision de loin (Lipton, Decker, 2016).

Une étude similaire par les mêmes auteurs, comparant le recours aux soins et la santé dentaire entre États selon le niveau de couverture proposé a montré une association positive entre le niveau de couverture des soins dentaires et la probabilité d'avoir consulté un dentiste récemment, et une association négative avec la probabilité d'avoir des caries non soignées (Decker, Lipton, 2015). En Corée du Sud, des travaux récents visant à évaluer les effets de la prise en charge par le système national d'assurance maladie de certains soins dentaires pour les personnes âgées de 65 ans ou plus ont montré une augmentation significative du recours aux soins dentaires ambulatoires, aux dentiers et aux implants dentaires dans les trois années suivant la réforme. La prise en charge des implants dentaires a également permis de réduire les disparités sociales de recours (Choi, Jung, 2020).

3.1.3. Non-recours à l'assurance

La dernière mesure concerne le renouvellement automatique de la CMU-C – désormais C2S – pour les bénéficiaires du RSA. Il s'agit donc également d'une mesure relative à l'assurance, dont l'enjeu global est d'améliorer le recours aux soins, par le biais d'un meilleur accès à l'assurance.

Comme évoqué plus tôt, la CMU-C et l'ACS présentent des taux de non-recours importants, malgré des besoins de soins conséquents parmi la population cible (Guthmuller *et al.*, 2014a). De manière générale, si la question du non-recours à l'assurance payante semble étroitement liée à des aspects financiers, comme la propension à payer et l'anticipation des coûts par rapport au bénéfice attendu (Finkelstein *et al.*, 2019), celle du non-recours aux programmes d'assurance gratuits pour les ménages modestes interpelle, et de nombreux travaux ont tenté d'expliquer les motifs de ce non-recours (Chauveaud, Warin, 2016 ; Dufour-Kippelen *et al.*, 2006 ; Guthmuller *et al.*, 2014a). Les principales raisons évoquées portent sur le manque d'information (sur les programmes et les niveaux de garanties ou sur les critères d'éligibilité), la complexité des démarches pour y accéder, le montant et la durée du bénéfice jugés trop faibles, la stigmatisation sociale, les refus de soins ou comportements dissuasifs de la part des médecins (pour la CMU-C), ou encore le sentiment de n'avoir pas besoin de soins. Pour explorer ces hypothèses, un certain nombre d'expérimentations ont été menées pour tester différents facteurs susceptibles d'améliorer le recours à ces programmes d'assurance.

En France, une expérimentation sociale randomisée a été réalisée en 2009 auprès des personnes éligibles à l'ACS affiliées à la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) de Lille afin de tester deux hypothèses pour expliquer le faible recours à l'ACS : le manque d'information sur le programme et le chèque jugé trop faible par les personnes éligibles (Guthmuller *et al.*, 2014b). Un échantillon de personnes éligibles a été réparti aléatoirement en trois groupes : un groupe témoin bénéficiant du niveau standard de l'ACS, un groupe bénéficiant d'une augmentation de la valeur du chèque, et un troisième groupe bénéficiant de la même augmentation avec en plus une invitation à une réunion d'information sur le programme. Les auteurs concluent que l'augmentation des chèques a eu un effet faible mais significatif sur le recours à l'ACS, tandis que l'invitation à la réunion publique a eu des effets ambigus. Ils estiment cependant que la principale raison du faible taux de recours n'est pas liée au coût de la complémentaire santé mais plutôt au manque d'accès à l'information concernant le programme et la complexité du processus de souscription – en phase avec la littérature existante sur le recours à l'assurance soumise à des conditions de ressources (Currie, 2004 ; Remler *et al.*, 2001) – et souligne la difficulté de mise en place d'une campagne d'information pour améliorer le recours. D'autres travaux ont toutefois permis de montrer le potentiel intéressant de la mise en place d'interventions comportementales (*nudge*) à petite échelle et bien ciblées pour améliorer le recours à l'assurance des populations modestes (Wright *et al.*, 2017).

Aux États-Unis, des travaux ont été menés pour explorer les différents facteurs expérimentés dans la littérature afin d'améliorer le recours aux programmes d'assurance pour les ménages modestes (Remler, Glied, 2003). Si le montant et la durée des aides peuvent avoir un impact sur la participation ainsi que sur l'accès à l'information (mais l'effet dépend des bénéfices potentiels pour les personnes éligibles), le facteur le plus influant semble être le fait de rendre l'accès automatique au programme. Pour illustrer cet aspect, des travaux comparant les taux de recours de programmes à destination de

publics éligibles comparables selon que la souscription est automatique ou volontaire montrent un impact potentiellement très important de la souscription automatique. Par exemple, le programme *Medicare Part B*, dont la souscription est automatique à moins que les individus refusent de participer, atteint un taux de recours de 96 %, alors que le *Medicare Savings Programs*, pour lequel les individus doivent effectuer une demande pour recevoir une assistance, atteint seulement 33 % de recours parmi la population éligible (Dorn, Kenney, 2006). D'autre part, en 2010, l'Etat de Louisiane a mis en œuvre l'*Eligibility Express Lane* (ELE), une option qui permettait d'inscrire par défaut à *Medicaid* des enfants lorsque leurs familles participaient au *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP). Ces dernières ont reçu une carte *Medicaid*, qui était automatiquement activée lors de la première utilisation. Après l'inscription initiale, 83 % des enfants ELE ont recouru à *Medicaid* pour accéder aux soins dans un délai d'un an. Lorsque des problèmes technologiques ont forcé la Louisiane à modifier sa méthode d'inscription, requérant aux parents de cocher une case d'acceptation sur le formulaire de souscription au SNAP, l'inscription à l'ELE a chuté de 62 % (Dorn *et al.*, 2018) [tableau 1, p. 22].

Ces éléments plaident donc en faveur de l'automatisation des droits en matière d'assurance, et la mesure concernant le renouvellement de la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA pourrait s'avérer tout à fait bénéfique à cet égard. La différence avec les programmes présentés ci-dessus réside cependant dans le fait que ces derniers concernent la souscription aux programmes tandis que la mesure de la Stratégie porte uniquement sur le renouvellement pour les personnes ayant déjà souscrit. Celle-ci ne devrait donc pas avoir d'effet pour les bénéficiaires du RSA ne recourant pas à la CMU-C.

Tableau 1 Synthèse des évaluations de dispositifs sur l'assurance

Levier/dispositif	Etude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
Extension de l'assurance France	Grignon, Perromin & Lavis, 2008	Evaluer l'impact de la CMU-C sur le recours aux soins des populations pauvres	Bénéficiaires de la CMU-C, inscrits soit automatiquement, soit volontairement	Données administratives (Epas 1998 à 2000) apparées à l'enquête ESPS 1998	Analyses avant/après et doubles différences	Pas d'effet net observé sur le recours aux soins pour l'ensemble de la population, à l'exception des soins de spécialistes ; en revanche les personnes inscrites volontairement avaient une probabilité plus élevée de recourir à tous les types de soins (médecins généralistes, spécialistes et médicaments prescrits), ainsi que des dépenses de santé plus élevées
	Guthmuller & Wittwer, 2017	Evaluer l'effet du seuil d'éligibilité à la CMU-C sur le nombre de visites chez le médecin	Personnes éligibles à la CMU-C ou à l'ACS affiliées à la Cnam de Lille	Données administratives issues de la Caf et de la Cnam de Lille	Comparaison entre les personnes éligibles et non éligibles ; analyse par régression sur discontinuités	Pas d'impact significatif du seuil CMU-C sur le nombre de visites chez le médecin sur l'ensemble de la population, mais parmi les moins de 30 ans, les personnes éligibles sont plus susceptibles de consulter un spécialiste (et leur nombre de visites est nettement supérieur) que les personnes non éligibles
	Carré <i>et al.</i> , 2021 (document de travail)	Estimer les effets de l'accès à la CMU-C sur le recours aux soins	Bénéficiaires de la CMU-C inscrits pour la première fois en 2014 ou 2015 et ré-inscrits après la première année d'inscription ; 18 à 75 ans en 2012	Données administratives (Système national des données de santé- SNDS)	Analyse avant / après (2 ans avant / 2 ans après l'inscription à la CMU-C) ; comparaison avec un groupe contrôle	Impact important de l'accès à la CMU-C sur la probabilité de consommer des soins ambulatoires (soins dentaires en premier lieu, médecin généraliste, spécialiste, pharmacie) et sur le volume des dépenses de soins
Extension de l'assurance États-Unis	Glied, Chakraborty & Russo, 2017	Évaluer l'impact de l'expansion de Medicaid sur les Rac des ménages à faible revenu et déterminer si les effets dépendent du mode d'expansion de Medicaid	Ménages aux revenus < 138 % du seuil de pauvreté ; 18-64 ans ; États-Unis	<i>Consumer Expenditure Survey</i> ; 2010–2015	Comparaison entre États selon qu'ils aient étendu Medicaid ou non, et comparaison entre les programmes traditionnels et les <i>Waiver Programs</i>	Réduction des Rac pour les familles aux revenus modestes, en premier lieu sur les services médicaux (hôpital + médecins) puis sur les primes et enfin sur les prescriptions de médicaments
	Levy, Buchmuller & Nikpay, 2019	Estimer l'impact de l'expansion de Medicaid sous l'ACA sur la consommation des ménages aux faibles revenus	Ménages aux revenus < 138 % du seuil de pauvreté, dans 42 États des États-Unis	<i>Consumer Expenditure Interview Survey</i> ; données trimestrielles de 2010 à 2016 ; représentatives au niveau national	Comparaison avant / après l'extension	Réduction faible mais significative des dépenses de santé trimestrielles (soins médicaux et primes) mais pas de changement significatif de la consommation hors santé
	McKenna <i>et al.</i> , 2018	Examiner comment l'ACA a influé sur les disparités en matière de pression financière liée aux soins de santé, d'accès et d'utilisation des services de soins	18-64 ans ; États-Unis	<i>National Health Interview Survey</i> ; 2011 à 2016 ; enquête annuelle ; représentative au niveau national	Comparaison avant / après l'extension	L'ACA a atténué la pression financière liée aux soins de santé et amélioré l'accès et l'utilisation des services de santé pour les ménages à revenu faible ou intermédiaire qui n'étaient auparavant pas éligibles aux programmes d'assurance

Suite page suivante

Tableau 1 Synthèse des évaluations de dispositifs sur l'assurance

Suite

Levier/dispositif	Etude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
Couverture de postes de soins spécifiques (optique et dentaire)	Lipton & Decker, 2015	Evaluer les effets de la couverture des soins optiques sur le recours aux soins et la vue (santé visuelle)	Population majeure vivant hors institutions ; États-Unis	National Health Interview Survey 2002 à 2013 ; enquête annuelle représentative au niveau national	Comparaison entre États selon le niveau de couverture et comparaison avant / après pour les États ayant étendu la couverture des soins optiques	Probabilité significativement plus élevée d'avoir consulté un ophtalmologue l'année passée pour les bénéficiaires, et significativement moins élevée d'avoir renoncé à des lunettes ou des lentilles de contact pour raisons financières, de déclarer des difficultés à voir ou des limitations fonctionnelles liées à la vue
	Decker & Lipton, 2015	Evaluer les effets de la couverture des soins dentaires sur le recours aux soins et la santé dentaire	Population majeure vivant hors institutions ; États-Unis	National Health Interview Survey 2000 à 2012 et National Health and Nutrition Examination Survey 2000 à 2008 et 2011-2012 ; enquêtes représentatives au niveau national	Comparaison bénéficiaires vs non-bénéficiaires de Medicaid ; comparaison États proposant une couverture des soins dentaires vs autres États et comparaison avant / après l'évolution de la couverture	Association positive entre le niveau de couverture des soins dentaires et la probabilité d'avoir consulté un dentiste récemment et association négative avec la probabilité d'avoir des caries non soignées
	Choi & Jung, 2020	Etudier l'impact de la prise en charge par le système national d'assurance maladie de certains soins dentaires pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	Population âgée de 65 ans ou plus ; Corée du Sud	Enquête Korea Health Panel Survey 2012 et 2015	Comparaison avant / après	Augmentation significative du recours aux soins dentaires ambulatoires, aux dentiers et aux implants dentaires dans les trois années suivant la réforme ; réduction des disparités sociales de recours aux implants dentaires
Recours à l'assurance (take-up)	Güthmüller, Jusot & Wittwer, 2014	Explorer et expérimenter deux hypothèses pour expliquer le faible recours à l'ACS : un manque d'informations sur le programme et un 'cheque' jugé trop faible	Personnes éligibles à l'ACS affiliées à la Cnam de Lille	Données expérimentales appariées aux données administratives	Expérimentation sociale randomisée	L'augmentation des chèques ACS a eu un effet faible mais significatif sur le recours à l'ACS ; l'invitation à la réunion publique a eu des effets ambigus
	Dorn & Kenny, 2006	Comparer les taux de recours de programmes avec des publics cibles comparables selon que la souscription est automatique ou volontaire	Individus éligibles à Medicare ; 65 ans et plus ; États-Unis	Taux de recours calculés à partir des données administratives	Comparaison des taux de recours	Le programme Medicare Part B, dont la souscription est automatique, atteint un taux de recours de 96 %, alors que le Medicare Savings Programs, dont la souscription nécessite une démarche de la part des bénéficiaires, atteint seulement 33 % de recours
	Finkelstein, Hendren & Shepard, 2019	Estimer la propension à payer pour l'assurance maladie pour les personnes à bas revenu et les implications pour le marché de l'assurance	Citoyens américains résidant au Massachusetts, 19-64 ans, éligibles au Commonwealth Care, non éligibles à Medicaid et n'ayant souscrit aucune autre assurance santé	Données administratives issues du Commonwealth Care, années 2009 à 2013	Analyse par régression sur discontinuités	Lorsque les subventions diminuent, le recours à l'assurance chute ; sur l'ensemble de la population, la propension à payer est toujours nettement inférieure (moins de deux fois) aux coûts anticipés ; le recours à l'assurance serait donc toujours très incomplet, même avec des subventions très généreuses

3.2. Centres de santé communautaires et Pass

Dans cette section, nous étudions les centres de santé communautaires ainsi que les Pass qui, s'ils n'ont pas les mêmes objectifs, sont tous deux des services de proximité proposant soins et services sociaux.

3.2.1. Centres de santé communautaires

Les mesures sur l'offre de soins de proximité visent tout d'abord à créer des centres de santé participatifs ou communautaires dans les quartiers prioritaires de la ville. Cette mesure a d'abord pour impact attendu d'augmenter l'offre de soins sur le territoire et de faciliter l'accès aux soins des populations défavorisées. L'hypothèse sous-jacente est qu'une meilleure accessibilité et disponibilité de l'offre et qu'un renforcement de l'interaction médicale et avec le système de santé pourraient contribuer à rapprocher du système de soins une partie de la population initialement isolée et éloignée à la fois géographiquement et culturellement. Par ailleurs, la prise en charge globale offerte par ces centres alliant soins médicaux et prise en charge sociale pourrait avoir plusieurs conséquences positives pour ces populations, comme un meilleur accès aux minima sociaux ou une aide à l'insertion professionnelle, qui pourraient ainsi contribuer à réduire la pauvreté.

Des travaux de recherche ont analysé les conséquences des politiques favorisant le développement de l'offre pluri-professionnelle en France que ce soit en centres, pôles ou maisons de santé. L'évaluation des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour ces structures a permis de documenter la performance de l'exercice pluriprofessionnel par rapport aux autres modes d'exercice mais aussi son impact sur le maintien et le développement de l'offre de médecins généralistes dans les espaces plus défavorisés (Chevallard *et al.*, 2019 ; Mousquès *et al.*, 2014). Dans ce panorama, les centres de santé sont des structures à part, accueillant une patientèle plus défavorisée (Afrite *et al.*, 2011), et qui se distinguent par un mode d'exercice salarié et la pratique de tarifs opposables ainsi que du tiers payant. Le développement de centres de santé participatifs ou communautaires dans le cadre de la Stratégie et du Ségur vise à accélérer le déploiement de cette offre dans les quartiers défavorisés en offrant une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) à l'aide de services de médiation sanitaire et d'interprétariat. Au-delà de l'accès aux soins et aux droits, l'accent y est mis sur la prévention et la promotion de la santé, et le renforcement des liens sociaux. Le développement de cette offre est récent en France et à notre connaissance aucune évaluation d'impact des centres de santé participatifs sur le recours aux soins et la pauvreté n'a été publiée à ce jour. Parmi les exemples à l'étranger, nous nous appuyerons surtout sur les expériences des *Community Health Centers* (CHC) au Canada et aux États-Unis pour lesquels la littérature est plus abondante.

Aux États-Unis, le développement des CHC s'est fait en parallèle avec la mise en place de *Medicaid* à partir de 1965 dans le cadre de la « guerre contre la pauvreté » du président Lyndon Johnson et leur rôle s'est accru au fur et à mesure de l'extension de *Medicaid* (Adashi *et al.*, 2010 ; Shin *et al.*, 2015). Ils ont pour objectif de fournir une offre de soins aux personnes défavorisées bénéficiaires des assurances publiques mais aussi aux personnes non assurées en jouant ainsi le rôle de filet de sécurité. Les CHC ont la particularité de fournir des services et des soins primaires complets, adaptés culturellement et accessibles à tous les patients, quelle que soit leur capacité de payer. Pour cela, ils font

payer leurs services selon un barème dégressif. Afin de tenir compte des besoins des patients, ils mettent en place des services d'interprétariat ou des services bilingues dans les communautés maîtrisant mal l'anglais.

De nombreuses études ont mis en évidence l'impact des CHC pour les patients bénéficiaires de *Medicaid* ou pour les non-assurés sur différentes dimensions du recours aux soins, que ce soit la consultation régulière d'un médecin généraliste ou le recours à des soins de prévention, mais aussi plus généralement sur l'amélioration de l'expérience des patients (Shi, Stevens, 2007). Plusieurs stratégies ont été utilisées pour tester les effets des CHC dans la littérature en comparant les résultats sur les populations vivant dans différentes zones selon les différences liées à l'investissement dans les structures, à des extensions de l'assurance ou à l'accessibilité géographique aux structures (Saloner *et al.*, 2020). Il a aussi été démontré que le recours aux CHC permettait d'assurer une qualité des soins équivalente pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques que dans les autres types de structures avec, néanmoins, une qualité de suivi moins bonne pour les patients sans assurance par rapport aux patients avec *Medicaid* (Hicks *et al.*, 2006). La présence ou la densité plus importante de CHC dans une zone est aussi associée à un moindre recours à l'hôpital par rapport aux zones moins pourvues, que ce soit pour le recours aux urgences des personnes sans assurance dans les zones rurales (Rust *et al.*, 2009), ou pour le taux d'hospitalisations sensibles aux soins primaires, notamment pour la population âgées (Probst *et al.*, 2009), ainsi que pour les hospitalisations évitables (Evans *et al.*, 2015). Plus généralement, le recours des patients de *Medicaid* aux CHC est associé à un recours moindre à l'hôpital, tant pour un recours aux urgences, une hospitalisation ou une hospitalisation évitable, que lorsqu'ils recourent à d'autres structures de soins (Rothkopf *et al.*, 2011). En revanche, l'accès aux soins de spécialistes et aux tests diagnostiques hors site peut être plus difficile, notamment pour les patients sans assurance (Cook *et al.*, 2007), mais cet accès peut être facilité par une meilleure intégration des soins au niveau local (Neuhausen *et al.*, 2012). Une étude sur les conséquences à long terme du déploiement différentiel des CHC sur le territoire lors de la période 1965-1974 a aussi permis de mettre en évidence une diminution de la mortalité pour les Américains de plus de 50 ans (Bailey, Goodman-Bacon, 2015).

Les CHC fournissent aussi un ensemble d'aides ou autres services sociaux dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les inégalités de santé. Il peut s'agir de l'éducation à la santé, du transport ou de l'aide pour obtenir de la nourriture, un logement ou des prestations sociales. La fourniture de ces services aux usagers a été associée à un recours aux soins, à la vaccination ou à des visites de prévention plus fréquent et à une meilleure satisfaction des patients (Yue *et al.*, 2019). De même, le fait d'avoir pu bénéficier d'une assistance sociale dans ces structures est associé à une meilleure expérience des patients et à un recours plus systématique à ces structures de soins comme source de soins régulière plutôt qu'aux services d'urgence (Nguyen *et al.*, 2021). L'impact de certains services tels que l'interprétariat a pu être évalué (Ngo-Metzger *et al.*, 2007), mais aussi la possibilité d'avoir l'appui d'un juriste pour faciliter l'accès aux droits (Sandel *et al.*, 2010).

Concernant l'expérience canadienne, une étude qualitative permet de comprendre l'impact des initiatives de centres de santé communautaires en Ontario (Collins *et al.*, 2014). Cette étude montre le rôle important des initiatives communautaires afin de lutter contre l'isolement social et la pauvreté auprès des populations vulnérables. Elles

Tableau 2 Synthèse des évaluations de dispositifs sur les centres de santé communautaires

Levier/dispositif	Etude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
	Collins, Resendes & Dunns, 2014	Examiner l'étendue, les besoins en ressources, les partenariats, les succès et les défis présents dans un certain nombre de <i>Community Initiatives</i> (CI) au sein des centres de santé communautaires en Ontario	Employés des centres de santé communautaires en Ontario	Entretiens semi-directifs menés auprès d'employés de 10 centres de santé communautaires	Enquête qualitative	La plupart des CI visent l'accroissement de la participation communautaire et sont essentiels pour fournir aux communautés vulnérables l'accès aux soins. Ils s'engagent également dans des initiatives plus larges au-delà du secteur de la santé et ont un potentiel important de réduction des inégalités de santé au niveau local. Cependant, un financement insuffisant constitue une menace pour la viabilité à long terme de ces établissements
Centres de santé communautaires	Evans, Smith, Kobayashi & Chang, 2015	Estimer les effets de la densité des centres de santé communautaires (CSC) sur les hospitalisations évitables	Patients hospitalisés en 2010 en Californie, bénéficiaires de <i>Medicaid</i> ou non-assurés	Données administratives (<i>California Office of Statewide Health Planning and Development inpatient administrative data set, 2010</i>)	Analyse rétrospective (estimation du nombre d'hospitalisations évitables en fonction de la densité des CSC)	Lorsque la densité des CSC augmente, les hospitalisations évitables diminuent, pour les bénéficiaires de <i>Medicaid</i> comme pour les non-assurés (mais lien moins fort et plus variable selon le niveau de densité pour les non-assurés)
	Yue <i>et al.</i> , 2019	Etudier les effets des services habilitants (<i>Enabling Services</i>) sur le recours aux soins et la satisfaction des patients	Personnes majeures déclarant les centres de santé comme leur source de soins habituelle ; sur-représentation des minorités et des 65 ans et plus	Enquête <i>Health Center Patient Survey</i> (HCSP) 2014, représentative au niveau national des patients des centres de santé	Comparaison groupe patients recourant aux services habilitants vs patients n'y recourant pas	Les 'services habilitants' sont associés à une nette augmentation des visites aux centres de santé, une augmentation de la probabilité d'avoir une visite de routine et de se faire vacciner contre la grippe, et de la satisfaction des patients
	Nguyen, Trivedi & Cole, 2020	Estimer la part des patients des CSC recevant une assistance sociale et comparer le recours aux soins et la satisfaction entre les patients recevant une assistance et ceux n'en recevant pas	Patients des CSC hors personnes âgées, en 2014-2015	Enquête <i>Health Resources and Services Administration Health Center Patient Survey</i> , représentative au niveau national	Régressions logistiques ; comparaison groupe bénéficiaires d'assistance sociale vs groupe non-bénéficiaires	Plus d'un tiers des patients bénéficiaire de l'assistance, les bénéficiaires déclaraient plus souvent les CSC comme source de soins habituelle (et moins souvent les services d'urgence) et affichaient une meilleure satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins

permettent en particulier d'améliorer les relations sociales, de fournir des opportunités et des partenariats afin d'orienter les personnes vers la formation et l'emploi.

Les exemples des centres de santé communautaires aux États-Unis et au Canada sont donc encourageants à divers égards. Cependant, de même que pour les mesures relatives à l'assurance, les différences structurelles entre les systèmes de santé nous poussent à nuancer les effets attendus de la création de centres de santé communautaires en France, qui devraient, là encore, être observés à un degré moindre.

3.2.2. Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

Les Pass, créées en 1998 par la loi relative à la lutte contre les exclusions, proposent des services médicaux et sociaux. Elles s'apparentent en cela aux Centres de santé communautaires. Elles permettent aux hôpitaux d'orienter les patients sans couverture santé vers l'Assurance maladie ou l'AME. L'AME a été créée en 1999, en corollaire de la loi relative à la CMU (27 juillet 1999) dont l'objectif originel consistait à unifier les droits à l'assurance maladie à tous les résidents en France, initiant une protection maladie réellement universelle. Mais le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour l'assurance maladie introduit dans la Loi dite « Loi Pasqua » de 1993 a conduit à l'instauration d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier, financé par l'État, l'AME (Wittwer *et al.*, 2019). Bien que, ou peut-être parce que l'AME a suscité des débats récurrents, elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation ou d'un suivi, au-delà de l'évolution annuelle des dépenses de remboursement et les Pass, pour leur part, n'ont fait l'objet que de très peu d'études. L'AME, pourtant, comme d'autres dispositifs d'accès à l'assurance à destination des personnes pauvres, suscite un taux élevé de non-recours. Seule la moitié des personnes éligibles étaient couvertes en 2019 (Jusot *et al.*, 2019). De plus, le non-recours ne s'estompe pas avec le temps. Bien que la part de personnes couvertes augmente selon le nombre d'années passées en France, une part importante des immigrants reste non-couverte. Selon la même étude, les Pass ne sauraient à elles seules permettre un accès de tous les étrangers sans titre de séjour à l'AME. Une étude de 2003 a montré qu'il était possible de constituer un système d'information, au moins ponctuel, permettant de décrire les publics des Pass, dont il faut rappeler qu'une partie est de nationalité française (Trinh-Duc *et al.*, 2005). Cette étude a également démontré l'importance de services d'interprétariat, un tiers des usagers ne parlant pas le français (tableau 2). L'impact des Pass sur la fréquentation des urgences des hôpitaux, mais aussi sur les parcours de leurs usagers n'a pas, à notre connaissance, fait l'objet d'études quantitatives.

3.3. Prise en charge médico-sociale des populations en situation de grande pauvreté

Le dernier groupe de mesures concerne le renforcement de dispositifs existants d'accompagnement médico-social des personnes en situation de grande pauvreté : les Lits halte soin santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (Lam) et Appartements de coordination thérapeutique (ACT). La littérature relative à ces dispositifs ou à d'autres dispositifs proches est riche, en France comme à l'international.

Au cours des dernières décennies, les pays développés ont connu une augmentation massive du nombre de personnes à la rue (Fazel *et al.*, 2014), notamment en France,

où d'après les estimations de l'Insee et de la Fondation Abbé Pierre, le nombre de personnes sans domicile a augmenté de moitié entre 2001 et 2012 (Yaouancq *et al.*, 2013), puis doublé entre 2012 et 2020 (Fondation Abbé Pierre, 2020), atteignant près de 300 000 personnes fin 2020. Les personnes à la rue présentent un état de santé nettement dégradé par rapport au reste de la population, et souffrent fréquemment de pathologies somatiques ou psychiques, ainsi que d'addictions aux substances psychoactives (Feantsa, Fondation Abbé Pierre, 2018 ; Laporte & Chauvin, 2004). Les LHSS, Lam et ACT ont pour mission d'accueillir et d'accompagner sur les plans sanitaire et social des personnes majeures sans domicile fixe, dont l'état de santé ne nécessite pas une prise en charge hospitalière mais est incompatible à la vie de rue.

Des rapports d'évaluation et bilan d'activité de ces dispositifs (l'enquête du cabinet Ernst and Young pour la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) sur les parcours des personnes accueillies dans les Lam et LHSS en 2018, le rapport Itinere pour le ministère des Affaires sociales et de la Santé sur l'évaluation des LHSS en 2013 et le Bilan national des ACT 2019 de la Fédération Santé & Habitat) [DGCS - Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 ; Fédération santé & habitat, 2020 ; Picon *et al.*, 2013] mettent en lumière les apports et bienfaits de ces dispositifs pour les populations cibles, ainsi qu'un certain nombre de limites.

L'accueil des patients dans des structures médicalisées pour une durée relativement longue – allant de deux mois pour les LHSS à une ou plusieurs années pour les ACT – permet une prise en charge globale des patients, avec en premier lieu un suivi médical complet (consultations régulières de médecins généralistes et spécialistes, analyses biologiques et imageries médicales, suivi psychologique et éducation thérapeutique), mais également une prise en charge sociale avec une aide à l'ouverture et à l'actualisation des droits, ainsi que l'élaboration d'un projet de sortie dans le but de rendre la situation des patients plus pérenne, notamment sur le plan du logement.

En ce qui concerne les deux derniers aspects, le Bilan national des ACT 2019 montre des résultats probants puisque, parmi les personnes accueillies en ACT et sorties en 2019, seulement 10 % d'entre elles étaient sans protection complémentaire et 12 % sans ressources financières, alors qu'elles étaient respectivement 28 % et 36 % au moment de leur entrée dans la structure. Par ailleurs, 16 % d'entre elles avaient un emploi à la sortie pour seulement 4 % à l'entrée, et toujours en 2019, 60 % des sortants avaient un logement avec bail direct ou glissant tandis que 92 % des entrants étaient sans hébergement ou en hébergement précaire (Fédération santé & habitat, 2020). L'accès à un hébergement stable en sortie de dispositif est en revanche nettement plus compliqué pour les structures offrant une prise en charge de plus courte durée comme les LHSS, puisque les organismes d'hébergement ou d'insertion sont souvent saturés et qu'une part importante des patients sortent vers des solutions précaires (32 % en Ile-de-France en 2011) [DGCS - Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018].

Par ailleurs, un certain nombre de problématiques ont également été repérées dans les évaluations de ces dispositifs, à la fois en amont, en aval et pendant la prise en charge des patients. Concernant l'entrée dans les dispositifs, l'une des principales problématiques mises en avant était le manque de places disponibles, avec des taux élevés de refus ayant pour motif le manque de places (un tiers des demandes pour les LHSS, 21 % pour les ACT et 48 % en Ile-de-France). Les autres problématiques relatives à l'entrée concernaient le manque de régulation des places disponibles – l'allocation des

places n'étant pas coordonnée entre les structures, il n'y aurait donc pas de priorisation des demandes en fonction de la gravité de la situation – et les procédures d'admission parfois très spécifiques ou complexes pouvant décourager certains usagers potentiels et entraîner des renoncements aux soins.

Les problématiques relatives à la période de prise en charge concernent l'accueil de populations spécifiques, comme les personnes étrangères en situation très précaire. Ces dernières rencontrent des difficultés liées à la barrière de la langue, à une distance culturelle entre médecins et patients, et à des situations administratives compliquées à résoudre qui engendrent un allongement des durées de séjour dans les structures. Les cas de patients avec des situations médicales complexes (comorbidités, troubles psychiatriques, addictions) peuvent aussi être difficiles à gérer pour les structures et allonger également les durées de séjour. D'autre part, les structures ne sont pas toujours adaptées à l'accueil de femmes et de mineurs et ne permettent souvent pas d'assurer un accueil sécurisant. Même dans les structures mixtes, les femmes sont nettement sous-représentées par rapport aux hommes.

Enfin, concernant la sortie des dispositifs, les problématiques mises en avant convergent vers le manque évident de solutions de sortie, en particulier pour les LHSS mais également pour les Lam et les ACT. Les raisons en sont notamment la réticence des structures d'aval à accueillir ce public très précaire, avec des addictions et difficultés de solvabilité, et le manque de places disponibles dans les logements sociaux et très sociaux qui sont souvent saturés.

Concernant la littérature scientifique, il existe un pan important des travaux sur la grande pauvreté que nous pouvons mettre en relation avec les dispositifs étudiés : la littérature sur le modèle du *Housing First* ou Logement d'abord. Il s'agit d'un dispositif de prise en charge des personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques sévères ou d'addictions, développé aux États-Unis dans les années 1980-90. Son principe de base repose sur l'accès au logement pour ces populations vulnérables, sans condition ni obligation de traitement ou d'abstinence. Le choix et le contrôle des usagers s'appuient sur la durée et les modalités de leur traitement au cœur du programme (Tsemberis, 1999, 2011). Ce dispositif s'oppose au modèle traditionnellement mis en place dans les pays développés qui est axé sur les traitements (*Treatment First*) et fonctionne par paliers : les personnes doivent d'abord franchir un certain nombre d'étapes avant de se voir proposer un logement, comme démarrer un traitement ou cesser leurs consommations de substances psychoactives (Sahlin, 2005). Le modèle du *Housing First* a ensuite été expérimenté et mis en place dans une quinzaine de pays d'Amérique du Nord et d'Europe, dont la France.

De nombreuses expérimentations du *Housing First* ont fait l'objet de publications scientifiques. En France, le dispositif a été expérimenté entre 2011 et 2016 dans quatre villes (Paris, Marseille, Lille et Toulouse) en comparant un groupe de bénéficiaires du programme avec un groupe de témoins pris en charge dans les services préexistants (Tinland *et al.*, 2020). Les résultats de cette expérimentation montrent une meilleure stabilité dans le logement et un meilleur état de bien-être psychologique et d'autonomie pour le groupe *Housing First*, mais pas de différence en revanche sur les indicateurs de santé physique ou de dépendance à l'alcool (voir détails dans le tableau 3, p. 30).

Tableau 3 Synthèse des évaluations de dispositifs médico-sociaux a destination des publics très précaires

Levier/dispositif	Etude	Objectifs	Population	Données	Approche	Résultats
Un chez-soi d'abord (<i>Housing First France</i>)	Tinland <i>et al.</i> , 2020	Evaluer l'impact de l'expérimentation du modèle <i>Housing First</i> en France sur la santé, le recours aux soins des patients, et sur les coûts	Personnes sans domicile, majeures, avec des troubles psychiques sévères et avec un niveau de besoins élevé ; 4 villes françaises (Paris, Marseille, Lille et Toulouse)	Enquêtes quantitatives auprès de 600 individus (300 par groupe) et étude qualitative réalisés à 5 moments différents (à 0, 6, 12, 18 et 24 mois de l'expérimentation)	Expérimentation randomisée pendant 24 mois, comparaison d'un groupe <i>Housing First</i> à un groupe <i>Treatment As Usual</i> ; méthode mixte (quali et quanti)	Pas de différence dans le nombre d'hospitalisations ou de recours aux services d'urgence entre les deux groupes mais moins de jours d'hospitalisation pour le groupe <i>Housing First</i> (HF) ; meilleure stabilité dans le logement et scores plus élevés dans les échelles de bien-être psychologique et d'autonomie pour le groupe HF ; pas de différence pour le score de santé SF36, les symptômes de santé mentale et les taux de dépendance à l'alcool ou aux substances
	Padgett, Stanhope, Henwood & Stefanić, 2011	Comparer les résultats associés aux programmes <i>Housing First</i> et <i>Treatment First</i> pour évaluer l'apport du modèle HF	Personnes sans domicile avec des addictions aux substances psychoactives ; New-York	Etude qualitative auprès de 75 bénéficiaires et de leurs case managers ; 3 interviews successives à 0, 6 et 12 mois de l'entrée dans le programme, interviews des case managers <i>a posteriori</i>	Comparaison des programmes <i>Housing First</i> et <i>Treatment First</i>	Taux significativement plus faibles de consommation de substances et d'utilisation de traitements de toxicomanie, et propension nettement moindre à quitter leur programme pour le groupe <i>Housing First</i>
<i>Housing First international</i>	Goering <i>et al.</i> , 2014	Implémentation à grande échelle du modèle <i>Housing First</i> pour évaluer les effets sur le maintien dans le logement, l'utilisation des services de santé et sociaux, la qualité de vie et l'intégration sociale, ainsi que la faisabilité du programme et son coût	Personnes sans domicile avec des troubles psychiques sévères, majeures et avec un titre de séjour ; Canada (5 villes)	Enquête auprès de 2 148 individus à l'entrée dans le service, puis suivi tous les trois mois pendant 2 ans	Comparaison entre les groupes <i>Housing First</i> et <i>Treatment as usual</i> ; évaluation randomisée ; méthode mixte (quali et quanti)	Résultats nettement meilleurs (maintien dans le logement, moindre recours aux services d'urgence, qualité de vie et satisfaction des patients) pour le groupe <i>Housing First</i> par rapport au groupe <i>Treatment as usual</i>
	Ornelas, Martins, Zilhão & Duarte, 2014	Examiner les effets du programme <i>Casas Primeiro</i> sur l'intégration communautaire des participants	Bénéficiaires du programme <i>Casas Primeiro</i> à Lisbonne ; 30-67 ans ; souffrant de troubles psychiques et/ou d'addictions	Enquête auprès de 45 individus inscrits dans le programme depuis au moins 12 mois	Approche écologique ; méthode mixte (quali et quanti)	Amélioration significative de l'intégration communautaire (intégration sociale, économique, accès aux droits...) et du bien-être des patients (empowerment, état de santé, réduction des addictions, projets pour la suite...)
<i>Medical Respite Programs</i>	Buchanan <i>et al.</i> , 2006	Comparer les deux groupes selon le nombre d'hospitalisations, les visites aux urgences et les consultations externes de cliniques	Personnes sans domicile usagers d'un <i>Medical respite program</i> ; États-Unis	Enquête auprès des patients selon qu'ils aient été acceptés ou non en <i>Respite care</i>	Intention de traitement ; comparaison groupe <i>Respite care</i> vs groupe <i>Waiting list</i>	Deux fois moins de jours d'hospitalisations pour le groupe <i>Respite care</i> ; pas de différence significative sur les urgences et les consultations externes
	Zerger, 2006	Evaluer les changements liés au lieu de vie, à la sévérité du diagnostic, au soutien économique et au statut vis-à-vis de l'assurance et du recours aux soins primaires	Individus sans domicile usagers d'un <i>Medical respite program</i> ; États-Unis	Enquête auprès des usagers de 10 <i>Medical respite programs</i>	Comparaison avant / après le séjour dans un medical respite program	Amélioration du statut de logement, meilleur accès aux soins et légèrement meilleur accès à l'assurance et au soutien économique, amélioration de la sévérité du diagnostic

A l'international, les expérimentations menées ont globalement montré des résultats très probants, illustrant l'apport des programmes *Housing First* par rapport aux dispositifs en place. A New-York, l'une des premières expérimentations du modèle avait présenté des taux significativement plus faibles de consommation de substances et de recours aux traitements de toxicomanie pour les bénéficiaires du programme (Padgett *et al.*, 2011). Au Canada, une expérimentation à grande échelle a été mise en place dans cinq villes entre 2009 et 2013, affichant des résultats nettement meilleurs pour le groupe *Housing First* par rapport au groupe contrôle, à la fois sur le maintien dans le logement, la qualité de vie et la satisfaction des patients, et un moindre recours aux services d'urgence (Goering *et al.*, 2014). A Lisbonne, une étude qualitative avec une approche écologique a montré une amélioration significative de l'intégration sociale et économique, ainsi que du bien-être physique et mental des patients (Ornelas *et al.*, 2014). D'autres études ont également mis en avant des résultats probants du *Housing First* dans la réduction du sans-abrisme (Bernad *et al.*, 2016 ; Bretherton, Pleace, 2015 ; Busch-Geertsema, 2016 ; Pleace *et al.*, 2015 ; Pleace, Bretherton, 2013), l'amélioration de la santé et du bien-être (Bretherton, Pleace, 2015 ; Busch-Geertsema, 2016 ; Pleace, Quilgars, 2013), et l'insertion sociale (Bernad *et al.*, 2016 ; Bretherton & Pleace, 2015; Busch-Geertsema, 2014 ; Padgett, 2007). En revanche, nous n'avons pas trouvé de travaux présentant des effets directs du *Housing First* sur la pauvreté, ni sur l'employabilité ou l'accès aux droits sociaux.

Le modèle du *Housing First* se rapproche des dispositifs français Lam et ACT par la logique de prise en charge médicale (le logement comme étape initiale au processus de rétablissement), bien qu'il soit principalement orienté vers les personnes présentant des troubles psychiques. L'adaptation française de ce modèle « Un chez-soi d'abord » détient par ailleurs le statut d'ACT depuis 2016. En revanche, la prise en charge étant par vocation sur une longue durée, il se distingue des programmes plus courts comme les LHSS.

Toutefois, en ce qui concerne les programmes de prise en charge médicale des personnes sans domicile pour une durée relativement courte, nous avons trouvé dans la littérature un exemple de dispositifs s'apparentant aux LHSS, il s'agit des *Medical Respite Programs* aux États-Unis. Les deux dispositifs ont en commun, outre une durée de séjour relativement proche (40 jours en moyenne pour les MRP, deux mois renouvelables pour les LHSS), des objectifs et un public cible communs : fournir des soins aux personnes sans domicile dont l'état de santé n'est pas compatible avec la vie de rue mais n'est pas suffisamment grave pour être hospitalisées. Il existe cependant une diversité de structures reconnues comme *Medical Respite Programs*, avec des durées de séjour et des services proposés assez hétérogènes ne nous permettant pas d'en faire une analogie parfaite avec les LHSS.

Néanmoins, certaines expérimentations ont mis en avant des résultats intéressants sur ces dispositifs. Une étude comparant un groupe de patients d'un MRP avec un groupe de personnes refusées par manque de place a montré que dans les douze mois suivants la prise en charge, le groupe MRP a eu deux fois moins de jours d'hospitalisation que le groupe témoin (Buchanan *et al.*, 2006). Une autre étude révèle des améliorations du point de vue du statut de logement, de l'accès aux soins et de l'état de santé (sévérité du diagnostic) des usagers de 10 MRP en sortie de programme par rapport à leur situation à l'entrée (Zerger *et al.*, 2009).

Ces éléments de littérature montrent un bon aperçu des effets potentiels des mesures de la Stratégie pauvreté et du Ségur de la santé à destination des publics très précaires. Les évaluations et bilans d'activité existants mettent en lumière des aspects positifs, et le renforcement des dispositifs prévus dans le cadre des mesures pourrait contribuer à améliorer la situation de ces publics fragiles dont les besoins sont importants. Toutefois, les effets bénéfiques semblent inégaux entre les dispositifs, notamment en fonction de la durée de prise en charge. En effet, si les programmes offrant une prise en charge à long terme des patients semblent être en mesure d'améliorer durablement la situation sanitaire et socio-économique des patients, le constat est nettement plus mesuré pour les programmes courts, ne permettant pas de proposer aux usagers un projet de réinsertion pérenne. Les résultats probants du modèle *Housing First*, dont le cœur de la stratégie repose sur la stabilité du logement, viennent confirmer ce constat.

D'un point de vue théorique, les mesures étudiées devraient améliorer de fait le recours aux soins des personnes sans domicile avec des problèmes de santé importants, et pourraient donc avoir un impact important sur leur santé. Les effets de ces mesures sur la pauvreté semblent plus indirects, puisque les publics cibles sont en situation d'exclusion sociale et donc généralement trop éloignés du marché du travail pour pouvoir trouver un emploi à l'issue de leur prise en charge. En revanche, l'accès aux minima sociaux, qui constitue l'un des objectifs majeurs de ces dispositifs, devrait permettre d'améliorer la situation financière d'une partie des bénéficiaires.

Enfin, les mesures ne portent pas sur l'ensemble des personnes sans domicile, mais uniquement sur celles présentant des problèmes de santé importants. Elles semblent donc plus axées sur la sortie de la grande pauvreté que sur la prévention de la pauvreté.

4. Conclusion

Le schéma théorique proposé à partir de notre revue de littérature positionne la santé comme un déterminant autant qu'une conséquence du statut économique et social d'un individu. La santé et le statut économique et social s'inscrivent dans un rapport de causalités réciproques. Cette double relation forme un mécanisme auto-entretenu et cumulatif à l'échelle du cycle de vie et à travers les générations, qui contribue à la construction des inégalités sociales et des inégalités sociales de santé. Comment transposer ces mécanismes mis en évidence par la recherche dans les politiques publiques ? Dès le début des années 2000, de nombreux pays ont mis en œuvre des politiques ciblant explicitement les inégalités de santé (Dourgnon *et al.*, 2001 ; Couffinhal *et al.*, 2002). Ils s'appuyaient sur le diagnostic de plus en plus accablant de l'existence de larges inégalités sociales de santé, souvent croissantes, dans les pays dotés de systèmes de santé socialisés (Davidson, 1982 et Marmot Review, 2010). Plus récemment, les approches d'évaluation d'impact en santé (*Health Impact Assessment*) se sont développées pour mesurer les conséquences sur la santé de politiques situées hors du champ de la santé. D'autre part, les approches intersectorielles dites de santé dans toutes les politiques (*Health in All Policies HiAP*) se proposent d'intégrer les problématiques de santé dans l'élaboration de toutes les politiques publiques. Ce type d'approche a été encouragé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [WHO, 2014]. L'Australie du Sud et la Finlande en ont été les pionnières (Delany *et al.*, 2016 ; Puska & Stahl, 2010), et l'initiative a été ensuite reprise dans une quinzaine d'États ou de pays dans le monde. Les premières évalua-

tions menées en Australie du Sud montrent que le HiAP y a permis un renforcement des collaborations intersectorielles et une meilleure compréhension entre les différents acteurs, et soulignent par ailleurs que davantage d'efforts seront nécessaires pour pouvoir réduire significativement les inégalités de santé (Lin & Kickbusch, 2017 ; Van Eyk *et al.*, 2017). Au-delà de l'éclairage des mesures de la Stratégie et du Ségur, les recherches colligées dans cette étude démontrent l'importance de prendre en compte la double causalité reliant santé et statut économique et social dans l'élaboration comme l'évaluation des politiques publiques. Il s'agit à la fois de considérer l'effet des politiques hors du champ de la santé sur la santé, et celui des politiques de santé sur la situation sociale des publics concernés

5. Bibliographie

- Adashi E. Y., Geiger H. J., Fine M. D. (2010). "Health Care Reform and Primary Care. The Growing Importance of the Community Health Center". *New England Journal of Medicine*, 362(22), 2047-2050. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1003729>
- Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J. (2011). « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 165, mai.
- Allen H., Baicker K., Finkelstein A., Taubman S., *et al.* (2010). "What The Oregon Health Study Can Tell Us about Expanding Medicaid". *Health Affairs*, 29(8), 1498-1506. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0191>
- Allen H., Swanson A., Wang, J., Gross T. (2017). "Early Medicaid Expansion Associated with Reduced Payday Borrowing in California". *Health Affairs*, 36(10), 1769-1776. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0369>
- Atkinson T., Freyssinet J., Glaude M., Seibel C. (Éds.) [1998]. *Pauvreté et exclusion : rapports*. Documentation Française.
- Baicker K., Finkelstein A., Song J., Taubman S. (2014). "The Impact of Medicaid on Labor Market Activity and Program Participation : Evidence from the Oregon Health Insurance Experiment". *American Economic Review*, 104(5), 322-328. <https://doi.org/10.1257/aer.104.5.322>
- Baicker K., Taubman S. L., Allen, H. L., Bernstein M., *et al.* (2013). "The Oregon Experiment. Effects of Medicaid on Clinical Outcomes". *New England Journal of Medicine*, 368(18), 1713-1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1212321>
- Bailey M. J., Goodman-Bacon A. (2015). "The War on Poverty's Experiment in Public Medicine : Community Health Centers and the Mortality of Older Americans". *American Economic Review*, 105(3), 1067-1104. <https://doi.org/10.1257/aer.20120070>
- Balsa A. I., McGuire T. G. (2003). "Prejudice, Clinical Uncertainty and Stereotyping as Sources of Health Disparities". *Journal of Health Economics*, 22(1), 89-116. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00098-X)
- Bernad R., Yuncal R., Panadero S. (2016). "Introducing the Housing First Model in Spain: First Results of the Habitat Programme". *European Journal of Homelessness*, 10(1), 30 p.

- Bretherton J., Pleace, N. (2015, février 1). *Housing First in England: An Evaluation of Nine Services* [Monograph]. Centre for Housing Policy, University of York. <http://eprints.whiterose.ac.uk/83966/>
- Brevoort K., Grodzicki D., Hackmann M. B. (2017). "Medicaid and Financial Health". *NBER Working Paper Series*, n°w24002, National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w24002/w24002.pdf
- Buchanan D., Doblin B., Sai T., Garcia, P. (2006). "The Effects of Respite Care for Homeless Patients: A Cohort Study". *American Journal of Public Health*, 96(7), 1278-1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.067850>
- Buchmueller T. C., Levy H. G., Valletta R. G. (2019). *Medicaid Expansion and the Unemployed* (No w26553). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w26553>
- Busch-Geertsema V. (2014). "Housing First Europe. Results of a European Social Experimentation Project." *European Journal of Homelessness*, 8(1), 16 p.
- Busch-Geertsema, V. (2016). *Le logement d'abord en Europe : rapport final*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/089978>
- Carré B., Jusot F., Wittwer J., Thomas M., *et al.* (2021). *Public Health Insurance Impact on the Consumption of Healthcare Services for Low Income Populations*.
- Carrillo J. E., Carrillo V. A., Perez H. R., Salas-Lopez D., *et al.* (2011). "Defining and Targeting Health Care Access Barriers". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 562-575. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>
- Chaupain-Guillot S., Guillot O. (2015). "Health System Characteristics and Unmet Care Needs in Europe: An Analysis Based on EU-SILC Data". *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>
- Chauveaud C., Warin P. (2016). *Le non-recours à la CMU-C. Enquête auprès de populations précaires*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01419359>
- Chen L., Yip W., Chang M. C., Lin H. S., *et al.* (2007). "The Effects of Taiwan's National Health Insurance on Access and Health Status of the Elderly". *Health Economics*, 16(3):223-42. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1160>
- Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Rican, S. (2019). "Has the Diffusion of Primary Care Teams in France Improved Attraction and Retention of General Practitioners in Rural Areas?". *Health Policy*, 123(5), 508-515. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.002>
- Choi J.-S., Jung, S.-H. (2020). "The Impact of Expanded National Health Insurance Coverage of Dentures and Dental Implants on Dental Care Utilization among Older Adults in South Korea: A Study Based on the Korean Health Panel Survey". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 11p. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176417>
- Chou S. Y., Liu, J. T., & Hammitt, J. K. (2003). "National Health Insurance and Precautionary Saving: Evidence from Taiwan". *Journal of Public Economics*, 87(9-10), 1873-1894.

- Clemans-Cope L., Long S. K., Coughlin T. A., Yemane A., *et al.* (2013). "The Expansion of Medicaid Coverage under the ACA: Implications for Health Care Access, Use, and Spending for Vulnerable Low-income Adults". *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 50(2), 135-149. <https://doi.org/10.1177/0046958013513675>
- Collins P. A., Resendes S. J., Dunn J. R. (2014). "The Untold Story: Examining Ontario's Community Health Centres' Initiatives to Address Upstream Determinants of Health". *Healthcare Policy*, 10(1), 14-29.
- Cook N. L., Hicks L. S., O'Malley A. J., Keegan T., *et al.* (2007). "Access To Specialty Care And Medical Services In Community Health Centers". *Health Affairs*, 26(5), 1459-1468. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1459>
- Cornu-Pauchet M. (2018). « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité ». *Regards*, 53(1), 43-56.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., *et al.* (2002). « Comment évaluer l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n°59, décembre.
- Currie J. (2004). "The Take Up of Social Benefits". *NBER Working Paper Series*, n°w10488, National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w10488/w10488.pdf
- Davidson N. (1982). *Inequalities in Health: Black Report Pelican Series*, Penguin Books. ISBN 0-14-022420-3
- Decker S. L., Lipton B. J. (2015). "Do Medicaid Benefit Expansions Have Teeth? The Effect of Medicaid Adult Dental Coverage on the Use of Dental Services and Oral Health". *Journal of Health Economics*, 44, 212-225. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.08.009>
- Delany T., Lawless A., Baum F., Popay J., *et al.* (2016). "Health in All Policies in South Australia: What Has Supported Early Implementation?". *Health Promotion International*, Volume 31, Issue 4, December, 888–898, <https://doi.org/10.1093/heapro/dav084>
- Devaux M. (2015). "Income-related Inequalities and Inequities in Health Care Services Utilisation in 18 Selected OECD Countries". *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21-33. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- DeVoe J. E., Baez A., Angier H., Krois L., *et al.* (2007). "Insurance + Access != Health Care: Typology of Barriers to Health Care Access for Low-Income Families". *The Annals of Family Medicine*, 5(6), 511-518. <https://doi.org/10.1370/afm.748>
- DGCS - Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (Lam) et les lits halte soins santé (LHSS)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_parcours_personnes_accueillies_lam_lhss_rapport_final.pdf
- Dorn S., Capretta J., Chen L. (2018). Making Health Insurance Enrollment As Automatic As Possible (Part 1). *Health Affairs Blog*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180501.141197/full/>

- Dorn S., Kenney G. M. (2006). "Automatically Enrolling Eligible Children and Families into Medicaid and SCHIP: Opportunities, Obstacles, and Options for Federal Policymakers". *Commonwealth Fund Fund Reports*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20180501.141197/full/>
- Dourgnon P., Evrard I., Guillaume S. (2014). « Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 194, janvier.
- Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001). « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 43, décembre.
- Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006). *Comprendre les causes du non-recours à la CMU-C*. https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/1898/Non-recours_LEGOS.pdf?sequence=2
- East C. N., Miller S., Page M., Wherry L. R. (2017). "Multi-generational Impacts of Childhood Access to the Safety Net: Early Life Exposure to Medicaid and the Next Generation's Health" *NBER Working Paper Series*, n°w23810, National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w23810>
- Evans C. S., Smith S., Kobayashi L., Chang D. C. (2015). "The Effect of Community Health Center (CHC) Density on Preventable Hospital Admissions in Medicaid and Uninsured Patients". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(3), 839-851. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0081>
- Fazel S., Geddes J. R., Kushel M. (2014). "The Health of Homeless People in High-income Countries: Descriptive Epidemiology, Health Consequences, and Clinical and Policy Recommendations". *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Feantsa, Fondation Abbé Pierre (2018). *Troisième regard sur le mal-logement en Europe*. https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/3e_regard_sur_le_mal-logement_en_europe_2018.pdf
- Fédération santé et habitat (2020). *Bilan national des appartements de coordination thérapeutique (ACT)*, 2019.
- Finkelstein A., Hendren N., Shepard M. (2019). "Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts". *American Economic Review*, 109(4), 1530-1567. <https://doi.org/10.1257/aer.20171455>
- Finkelstein A., Taubman S., Wright B., Bernstein M., et al. (2012). "The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year". *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106. <https://doi.org/10.1093/qje/qjs020>
- Fondation Abbé Pierre (2020). *Près de 300 000 personnes sans domicile en France*. Fondation Abbé Pierre. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/pres-de-300-000-personnes-sans-domicile-en-france>
- Fonds CMU (2018). *Rapport_activite_2018.pdf*. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf

- Fouquet M. (2020). « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». Drees, *Etudes & Résultats*, n° 1166, octobre. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>
- Glied S. A., Russo T., Chakraborti O. (2017). "How Medicaid Expansion Affected Out-of-Pocket Health Care Spending for Low-Income Families". *The Commonwealth Fund*, 9.
- Goering P., Veldhuizen S., Watson A., Adair C., et al. (2014). *National Final Report : Cross-site At Home/ Chez Soi Project*, 48. Calgary: Mental Health Commission of Canada.
- Goodman-Bacon, A. (2016). "The Long-run Effects of Childhood Insurance Coverage: Medicaid Implementation, Adult Health, and Labor Market Outcomes". *NBER Working Paper*, n°w22899. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w22899>
- Grignon M., Perronnin M., Lavis J. N. (2008). "Does Free Complementary Health Insurance Help the Poor to Access Health Care? Evidence from France". *Health Economics*, 17(2), 203-219. <https://doi.org/10.1002/hec.1250>
- Grossman M. (1999). "The Human Capital Model of the Demand for Health". *NBER Working Paper*, n°w7078. National Bureau of Economic Research. <https://ssrn.com/abstract=206128>
- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J. (2014a). « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 195, février.
- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J. (2014b). "Improving Take-up of Health Insurance Program. A Social Experiment in France". *Journal of Human Resources*, 49(1), 167-194. <https://doi.org/10.3368/jhr.49.1.167>
- Guthmuller S., Wittwer J. (2017). "The Impact of the Eligibility Threshold of a French Means-tested Health Insurance Programme on Doctor Visits: A Regression Discontinuity Analysis". *Health Economics*, 26(12), e17-e34. <https://doi.org/10.1002/hec.3464>
- Hicks L. S., O'Malley A. J., Lieu T. A., Keegan T., et al. (2006). "The Quality of Chronic Disease Care in U.S. Community Health Centers". *Health Affairs*, 25(6), 1712-1723. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.6.1712>
- Hu L., Kaestner R., Mazumder B., Miller S., et al. (2016). "The Effect of the Patient Protection and Affordable Care Act Medicaid Expansions on Financial Wellbeing". *NBER Working Paper*, n°w22170. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w22170>
- Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. (2019). « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 245, novembre.
- Jusot F., Carré B., Wittwer, J. (2019). « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins ». *Revue française d'économie*, XXXIV(1), 133-181. <https://doi.org/10.3917/rfe.191.0133>

- Jusot F., Legal R., Louvel A., Pollak C., *et al.* (2017). « Assurance maladie et complémentaires santé : Comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus. ». Drees, *Etudes & Résultats*, n° 1005, mars. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1005.pdf>
- Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2011). « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de famille 2006 ». Insee, *Economie et Statistique*, 450(1), 29-46. <https://doi.org/10.3406/estat.2011.9687>
- Ku Y. C., Chou Y. N., Lee M. C., Pu C. (2019). "Effects of National Health Insurance on Household Out-of-pocket Expenditure Structure". *Social Science & Medicine*, Vol. 222, 1-10.
- Laporte A., Chauvin P. (2004). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Observatoire du Samu social. 227 p. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
- Levy H., Buchmueller T., Nikpay S. (2019). "The Impact of Medicaid Expansion on Household Consumption". *Eastern Economic Journal*, 45(1), 34-57. <https://doi.org/10.1057/s41302-018-0124-7>
- Lin V. et Kickbusch I. (2017). "Government of South Australia & World Health Organization. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case Studies from Around the World". Adelaide: Government of South Australia. ISBN: 978-1-74243-926-6
- Lipton B. J., Decker S. L. (2015). "The Effect of Health Insurance Coverage on Medical Care Utilization and Health Outcomes: Evidence from Medicaid Adult Vision Benefits". *Journal of Health Economics*, 44, 320-332. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.10.006>
- Lipton B. J., Decker S. L. (2016). "The Effect of Medicaid Adult Vision Coverage on the Likelihood of Appropriate Correction of Distance Vision: Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey". *Social Science & Medicine*, 150, 258-267. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.055>
- Loisy C. (2000). *Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts*. ATIH. 30 p.
- McKenna R. M., Langellier B. A., Alcalá H. E., Roby D. H., *et al.* (2018). "The Affordable Care Act Attenuates Financial Strain According to Poverty Level". *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, <https://doi.org/10.1177/0046958018790164>
- Marmot M. (2010). "Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review)". Retrieved 2010-02-15.
- Miller S., Wherry L. R. (2019). "The Long-term Effects of Early Life Medicaid Coverage". *Journal of Human Resources*, 54(3), 785-824. <https://doi.org/10.3368/jhr.54.3.0816.8173R1>
- Mousquès J., Bourgueil Y., Afrite, A. (2014). « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ». Les rapports de l'Irdes, n° 559, décembre.

- Neuhauser K., Grumbach K., Bazemore A., Phillips R. L. (2012). "Integrating Community Health Centers Into Organized Delivery Systems Can Improve Access to Subspecialty Care". *Health Affairs*, 31(8), 1708-1716. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1261>
- Ngo-Metzger Q., Sorkin D. H., Phillips R. S., Greenfield S., *et al.* (2007). "Providing High-quality Care for Limited English Proficient Patients: The Importance of Language Concordance and Interpreter Use". *Journal of General Internal Medicine*, 22(S2), 324-330. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0340-z>
- Nguyen K. H., Trivedi A. N., Cole M. B. (2021). "Receipt of Social Needs Assistance and Health Center Patient Experience of Care". *American Journal of Preventive Medicine*, 60(3), e139-e147. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.030>
- Nielsen L. (2015). "Why Health Matters to Justice: A Capability Theory Perspective". *Ethical Theory and Moral Practice*, 18: 403–415.
- Ornelas J., Martins P., Zilhão M.T, Duarte T. (2014). "Housing First: An Ecological Approach to Promoting Community Integration". *European Journal of Homelessness*. Vol. 8, No. 1, August.
- Padgett D. K. (2007). "There's No Place Like (a) Home: Ontological Security among Persons with Serious Mental Illness in the United States". *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925-1936. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.011>
- Padgett D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). "Substance Use Outcomes among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs". *Community Mental Health Journal*, 47(2), 227-232. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9283-7>
- Penchansky R., Thomas J. W. (1981). "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction". *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Picon E., Sannino D. N., Henocq B. M.-A.-C., Seigneur R. (2013). « Evaluation du dispositif lits haltes soins sante (LHSS). Ministère des Affaires sociale et de la Santé, DGCS ; Itinéraire conseil, Efect. 179 p.
- Pleace N., Bretherton J. (2013). "The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness". *European Journal of Homelessness*, 7(2), 21-41.
- Pleace N., Culhane D., Granfelt R., Knutagård M. (2015). *The Finnish Homelessness Strategy. An International Review*. Ympäristöministeriö. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153258>
- Pleace N., Quilgars D. (2013). *Improving Health and Social Integration through Housing First: A Review*. <https://www.feantsaresearch.org/download/health-and-social-integration6437852015379683856.pdf>
- Probst J. C., Laditka J. N., Laditka S. B. (2009). "Association between Community Health Center and Rural Health Clinic Presence and County-level Hospitalization Rates for Ambulatory Care Sensitive Conditions: An Analysis across Eight US States". *BMC Health Services Research*, 9(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-134>

- Puska P., Ståhl T. (2010). "Health in All Policies. The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues". *Annu Rev Public Health*, 31, 315-28. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.012809.103658>
- Remler D. K., Glied S. A. (2003). "What Other Programs Can Teach Us: Increasing Participation in Health Insurance Programs". *American Journal of Public Health*, 93(1), 67-74. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.1.67>
- Remler D. K., Rachlin J. E., Glied S. A. (2001). "What Can the Take-up of Other Programs Teach Us about How to Improve Take-up of Health Insurance Programs?". *NBER Working Paper*, n°w8185. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w8185>
- Ricci P., Gilles L. (2010). « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010 ». Cnam, *Points repère*, n° 35, septembre.
- Rothkopf J., Brookler K., Wadhwa S., Sajovetz M. (2011). "Medicaid Patients Seen at Federally Qualified Health Centers Use Hospital Services Less Than Those Seen by Private Providers". *Health Affairs*, 30(7), 1335-1342. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0066>
- Rust G., Baltrus P., Ye J., Daniels E., et al. (2009). "Presence of a Community Health Center and Uninsured Emergency Department Visit Rates in Rural Counties". *The Journal of Rural Health*, 25(1), 8-16. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2009.00193.x>
- Sahlin I. (2005). "The Staircase of Transition". *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 18(2), 115-136. <https://doi.org/10.1080/13511610500096400>
- Saloner B., Wilk A., Levin J. (2020). "Community Health Centers and Access to Care among Underserved Populations: A Synthesis Review. *Medical Care Research and Review*, 77(1), 3-18. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558719848283>
- Sandel M., Hansen M., Kahn R., Lawton E., et al. (2010). "Medical-Legal Partnerships: Transforming Primary Care by Addressing the Legal Needs of Vulnerable Populations". *Health Affairs*, 29(9), 1697-1705. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0038>
- Shi L., Stevens G. D. (2007). "The Role of Community Health Centers in Delivering Primary Care to the Underserved: Experiences of the Uninsured and Medicaid Insured". *The Journal of Ambulatory Care Management*, 30(2), 159-170. <https://doi.org/10.1097/01.JAC.0000264606.50123.6d>
- Shin P., Sharac J., Rosenbaum S. (2015). "Community Health Centers and Medicaid at 50: An Enduring Relationship Essential for Health System Transformation". *Health Affairs*, 34(7), 1096-1104. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0099>
- Sireyjol A. (2016). *La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes*. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.
- Sommers B. D., Blendon R. J., Orav E. J., Epstein A. M. (2016). "Changes in Utilization and Health among Low-income Adults after Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance". *JAMA Internal Medicine*, 176(10), 1501-1509. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4419>
- Taubman S. L., Allen H. L., Wright B. J., Baicker K., et al. (2014). "Medicaid Increases Emergency-Department Use: Evidence from Oregon's Health

- Insurance Experiment". *Science*, 343(6168), 263-268. <https://doi.org/10.1126/science.1246183>
- Tinland A., Loubière S., Boucekine M., Boyer L., *et al.* (2020). "Effectiveness of a Housing Support Team Intervention with a Recovery-oriented Approach on Hospital and Emergency Department Use by Homeless People with Severe Mental Illness: A Randomised Controlled Trial". *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000785>
- Trinh-Duc A., de la Blanchardière A., Porcher R., Agard C., *et al.* (2005). « Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ». *La Revue de Médecine Interne*, 26(1), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2004.09.012>
- Tsemberis S. (1999). "From Streets to Homes: An Innovative Approach to Supported Housing for Homeless Adults with Psychiatric Disabilities". *Journal of Community Psychology*, 27(2), 225-241. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199903\)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199903)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y)
- Tsemberis S. (2011). "Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual". *Sam Tsemberis*.
- Van Eyk, H., Harris, E., Baum, F., Delany-Crowe, T., *et al.* (2017). "Health in All Policies in South Australia-Did It Promote and Enact an Equity Perspective?". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1288. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111288>
- Wen C. P., Tsai S. P., Chung W. S. I. (2008). "A 10 year Experience with Universal Health Insurance in Taiwan: Measuring Changes in Health and Health Disparity". *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 258-267.
- Wherry L. R., Miller S., Kaestner R., Meyer B. D. (2015). "Childhood Medicaid Coverage and Later Life Health Care Utilization". *NBER Working Paper*, n°w20929. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w20929>
- Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., Just F. (2019). « Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 243, novembre.
- Wright B. J., Garcia-Alexander G., Weller M. A., Baicker K. (2017). "Low-cost Behavioral Nudges Increase Medicaid Take-up among Eligible Residents of Oregon". *Health Affairs*, 36(5), 838-845. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1325>
- Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., *et al.* (2013). « L'hébergement des sans-domicile en 2012 ». *Insee Première*, n° 1455, juillet.
- Yue D., Pourat N., Chen X., Lu C., *et al.* (2019). "Enabling Services Improve Access to Care, Preventive Services, and Satisfaction among Health Center Patients. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(9), 1468-1474. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05228>
- Zerger S., Doblin B., Thompson L. (2009). "Medical Respite Care for Homeless People: A Growing National Phenomenon". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(1), 36-41. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0098>

6. Annexe : recommandations pour l'évaluation des mesures

6.1. Mesures relatives à l'assurance

Nous nous intéressons ici à l'évaluation de l'impact sur la pauvreté de l'ensemble des mesures sur l'assurance : la création de la Complémentaire santé solidaire (C2S) [ou extension de la Couverture maladie universelle complémentaire-CMU-C], le renouvellement automatique des droits à la C2S pour les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) et le 100 % santé sur l'auditif, l'optique et le dentaire. Une majorité des indicateurs peuvent être communs aux évaluations des trois réformes.

6.1.1. Objectifs de l'évaluation

- Suivre la montée en charge des dispositifs.
- Evaluer l'effet par rapport aux objectifs finaux et aux mécanismes causaux intermédiaires de :
 - l'amélioration de l'accès à la couverture complémentaire, des garanties et de son coût.
 - l'amélioration du recours aux soins et de son coût (recours aux soins, renoncement aux soins, refus de soins, dépenses de santé, restes à charge et taux d'effort).
 - la mesure de l'accès des usagers à l'information sur les dispositifs, les soins couverts et leur prix.
 - l'évaluation des effets sur la santé et sur la pauvreté.
- Evaluer les effets d'externalité des nouveaux dispositifs sur le prix des contrats et le prix des soins pour les personnes couvertes par des contrats hors C2S.

6.1.2. Cadre de l'évaluation et méthodes

L'évaluation pourra distinguer le suivi d'indicateurs de résultats et de processus et l'évaluation d'impact. Le suivi d'indicateurs permettra d'étudier l'évolution du taux de couverture complémentaire et des primes, du taux de recours aux soins et de l'état de santé en fonction des revenus, et des indicateurs de niveau de vie et de pauvreté ou d'insécurité financière pour la population cible en comparaison à la population générale (en niveaux et en mesurant des écarts/ratios ou le gradient selon le niveau de revenu). Ce suivi peut être plus aisé que l'évaluation d'impact car il peut se faire à partir de sources différentes sans forcément introduire de groupe de comparaison ni de panel.

L'évaluation d'impact nécessite de pouvoir comparer les évolutions avant/après pour la population éligible lorsque les données le permettent (en intention de traitement) ou alors sur la population bénéficiaire le cas échéant. La méthode des doubles différences en comparaison des non-traités semble la plus appropriée ou alors une estimation par régression-discontinuité pour les personnes se situant autour du seuil d'éligibilité. Au préalable, il faut vérifier la validité des hypothèses et, en particulier, vérifier la possibilité d'externalités sur les prix ou les primes d'assurance complémentaire, spécialement pour les personnes situées juste au-dessus du seuil de la C2S. En conséquence, il sera donc important de mesurer ces externalités pour elles-mêmes, surtout sur les personnes situées juste au-dessus du seuil donnant accès à la C2S.

6.1.3. Populations d'intérêt

Les populations d'intérêt sont l'ensemble de la population éligible à la C2S selon qu'elle reçoit une participation financière ou non. Les personnes sans participation financière (anciennement bénéficiaires de la CMU-C), permettront d'avoir des résultats sur l'impact du renouvellement automatique ; celles bénéficiant d'une participation financière (anciens éligibles à l'ACS) sur l'impact de la diffusion du nouveau dispositif.

Il faudra aussi s'intéresser aux évolutions sur l'ensemble de la population selon le niveau de vie ou de revenu avec un focus sur la population se situant autour du seuil d'éligibilité afin d'observer s'il y a des externalités des dispositifs pour cette population. Les conséquences pour les personnes sortant des dispositifs (avec ou sans contrat de sortie) et passant du dispositif sans participation à celui avec participation pourront aussi être examinées avec attention. En plus des bénéficiaires, la situation sociale, l'état de santé et l'accès aux soins de la population restant sans complémentaire devront être analysés.

D'autres variables peuvent être mobilisées pour stratifier les analyses : les enfants et les adultes ; avoir plus de 65 ans pour les effets sur une population pour qui la C2S devient accessible avec participation financière. C'est aussi une population à regarder de près pour l'impact du 100 % santé, mais aussi plus finement, selon l'âge, en prenant les seuils de participation qui servent aussi à moduler la participation financière (<30 ans ; 30-49 ans ; 50-59 ans ; 60-69 ans ; >70 ans).

6.1.4. Suivi et évaluation des résultats

Plusieurs dimensions de résultats en lien avec les objectifs de la Stratégie et les mécanismes causaux peuvent être évalués et suivis pour les différentes populations d'intérêts.

Nous distinguerons ici les indicateurs de résultats finaux et les indicateurs intermédiaires reflétant les mécanismes causaux.

Indicateurs de résultats finaux

Les indicateurs de résultats finaux concernant la pauvreté ou l'insécurité financière, l'état de santé et l'accès aux soins peuvent, pour partie, être mesurés avec des enquêtes en population générale sans appariement avec les données administratives de santé comme l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) ou l'enquête Bénéficiaires des minima sociaux (BMS) ainsi que les enquêtes européennes : Enquête santé européenne (*European Health Interview Survey-EHIS*) et l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe-SHARE*) pour les personnes âgées (tableau A, p. 44). Il est néanmoins nécessaire de bénéficier d'une mesure du niveau de revenu suffisamment fiable pour mesurer l'éligibilité aux dispositifs et pour certaines enquêtes du bénéfice de la C2S.

Les modules classiques sur l'état de santé et le renoncement aux soins peuvent être mobilisés. Il s'agit, pour l'état de santé, des indicateurs d'état de santé du mini-module européen ou d'autres indicateurs de santé spécifiques : santé dentaire, santé mentale (stress psychosocial, dépression, PHQ8, etc.). Dans ces enquêtes où l'accès aux soins n'est pas forcément enquêté, ou seulement de manière déclarative, les questions sur le renoncement aux soins peuvent être mobilisées, et, en particulier, le renoncement aux soins pour raisons financières (en général, et selon les postes de soins) ainsi que le

Tableau A Principaux indicateurs de résultats finaux mobilisables en enquête en population générale

Renoncement aux soins
<ul style="list-style-type: none">- Taux de renoncement aux soins pour des raisons financières (en général et selon les postes).- Taux de renoncement aux soins pour d'autres motifs que financiers pour voir s'il y a d'autres facteurs de renoncement qui persistent.
État de santé
<ul style="list-style-type: none">- Indicateurs d'état de santé du mini-module européen.- Autres indicateurs de santé spécifiques : santé dentaire, santé mentale (stress psychosocial, dépression, PHQ8...), déclaration de maladie, santé fonctionnelle.
Insécurité financière et pauvreté
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'efforts en santé par rapport aux revenus en prenant en compte les dépenses pour les primes et les restes à charge après AMO et AMC.- Revenu disponible après dépenses de santé (primes et Rac).- Gains monétaires (et de bien-être) en tenant compte les dépenses de santé remboursées par les dispositifs (Assurance maladie obligatoire-AMO et Assurance maladie complémentaire-AMC).- Insécurité financière : indicateurs avec des seuils sur les taux d'efforts (>10 %, 20 %, 30 % du revenu) ou la distribution des restes à charge (Rac) [dernier centile...], variabilité des Rac pour mesurer le risque.- Conséquences sur les autres postes de dépenses du ménage et en particulier l'endettement/épargne, difficultés à finir les fins de mois, difficultés financières.- Taux de chômage et emploi.- Pauvreté monétaire et pauvreté en conditions de vie.

renoncement aux soins pour d'autres motifs que financiers pour voir s'il y a d'autres facteurs de renoncement qui sont impactés.

Ces enquêtes permettent aussi, pour certaines d'entre elles, de mesurer l'impact sur la pauvreté, les conditions de vie ainsi que l'accès à l'emploi ou le taux de chômage. L'impact sur l'insécurité financière est en revanche plus difficile à mesurer en l'absence d'information sur les dépenses de santé à la charge des ménages, ou les dépenses pour les primes. Mais des mesures subjectives sur les difficultés financières du ménage et sur la difficulté à faire face aux fins de mois peuvent être utilisées. A notre connaissance, seule l'enquête Budget des familles permettrait de mesurer le taux d'effort en santé, en prenant en compte à la fois les dépenses de santé à la charge du ménage et les primes d'assurance ; mais les données sont déclaratives et les vagues d'enquête sont espacées de cinq ans.

Indicateurs de résultats intermédiaires

Les indicateurs de résultats intermédiaires permettent de mesurer et de valider l'effectivité des mesures concernant l'assurance et les effets provenant des principaux mécanismes causaux identifiés dans la littérature (tableau B). Il s'agit, en particulier, du taux de recours à la C2S ainsi que, plus généralement, à une complémentaire santé mais aussi aux montants des primes payés pour une complémentaire. Les enquêtes citées ci-dessus permettent pour la plupart de connaître la couverture complémentaire et le type de

contrat mais très rarement le montant payé pour les primes. En revanche, des données administratives (y compris l'Echantillon démographique permanent (EDP)-Santé) ne permet jusqu'à maintenant que de connaître le bénéfice de la CMU-C et de l'ACS et donc potentiellement de la C2S mais pas des autres contrats ni d'identifier les personnes non couvertes. Les données administratives du Système national des données de santé (SNDS) et certaines données d'enquête permettent d'avoir des informations sur les recours aux soins et les parcours de soins ainsi que les dépenses de santé remboursables pour la sécurité sociale et par la C2S. En revanche, les données administratives ne permettent jusqu'à maintenant que de connaître les restes à charge des ménages couverts par la C2S (ou ex-CMU-C) et pas pour les autres ménages (voir limites des dispositifs existants). Il serait aussi important de documenter par de nouvelles questions dans des enquêtes ou par des entretiens qualitatifs la connaissance des bénéficiaires et les éligibles sur les dispositifs, sur la qualité des contrats et le coût des soins. Cela permettrait aussi de mieux comprendre les limites des dispositifs et les raisons de non-couverture ou de couverture par une autre complémentaire santé. Des études de *testing* sur les refus de soins de patients CMUistes par les professionnels de santé ont été réalisées à plusieurs reprises, les plus récentes par le fonds CMU. Leurs résultats montrent que ces études devraient être maintenues à un rythme régulier et étendues aux assurés C2S et AME.

Tableau B Indicateurs de résultats intermédiaires d'intérêt pour l'évaluation

Couverture complémentaire et montant des primes
<ul style="list-style-type: none">- Taux de recours à la Complémentaire santé solidaire (C2S).- Taux de recours à une complémentaire santé quel que soit le type de contrat.- Montant des primes quel que soit le type de contrat.
Recours aux soins / Parcours de soins et dépenses de santé remboursables (AMO et AMC (CSS)) / Restes à charge après AMO et AMC / Refus de soins
<ul style="list-style-type: none">- Taux de recours et nombre de recours : par poste de soins (ville et hôpital et dans le détail : généraliste, spécialistes, dentaire, urgence, etc.), en particulier en séparant les postes de soins liés aux dispositifs couverts par le 100% santé (dentaire, optique, auditif).- Indicateurs de qualité du parcours de soins : hospitalisations évitables, hospitalisations non programmées, soins de prévention, etc...- Dépenses de santé remboursables par l'AMO et AMC (en particulier pour la C2S) : total et par poste de soins, afin d'avoir une valorisation monétaire de l'impact de la C2S.- Restes à charge après AMO et AMC (notamment C2S) : total et par postes de soins, par type de Rac (dépassements d'honoraires et autres participations).- Testing pour le refus de soins pour les bénéficiaires de la C2S et AME.
Informations sur les contrats / coûts des soins / connaissance des dispositifs
<ul style="list-style-type: none">- Nouvelles questions dans des enquêtes ou par entretiens qualitatifs.- Connaissance sur les dispositifs, la qualité des contrats et le coût des soins.- Raisons des refus des contrats avec participation financière, ou du choix d'une autre complémentaire par les éligibles, information sur le renouvellement automatique.

6.1.5. Limites des sources de données existantes

L'analyse et le suivi des réformes de la complémentaire santé sont fortement limités par les lacunes des sources d'information publiques (tableau C) sur deux dimensions importantes de l'évaluation :

Mesure des restes à charge réels et des taux d'effort

Il n'existe pas en France de système d'information pérenne ni même de recueil ponctuel permettant d'étudier les restes à charge réels, c'est-à-dire après complémentaire et en incluant les primes d'assurance complémentaire, supportés par les ménages et leur distribution sociale et dans les états de santé. Si la comptabilité nationale montre que les restes à charge sont, en part de la dépense de santé, parmi les plus bas des pays disposant de systèmes de santé socialisés, il n'existe cependant pas de mécanisme les plafonnant, comme un bouclier sanitaire ou un système de franchises. Aussi certains assurés peuvent-ils subir des taux d'effort très importants. L'enquête Budget des familles, de l'Insee, réalisée tous les cinq ans depuis 1979 (2006, 2011, 2017), permet de recueillir une information sur les primes et les restes à charge. Pour autant, l'enquête étant déclarative reste limitée et difficile à lier à des informations fines sur la complémentaire. De même, les données de remboursement de l'Assurance maladie, bien que contenant des informations issues des flux avec les organismes complémentaires, ne permettent pas d'associer un remboursement complémentaire à chaque remboursement du régime obligatoire, en dehors de la CMU-C. Une tentative d'appariement de données d'enquête de l'Assurance maladie et des principaux assureurs complémentaires, le projet Monaco (Dourgnon *et al.*, 2014) a montré l'intérêt et la faisabilité d'un tel système d'information, mais sans qu'il ait pu, pour des raisons institutionnelles, être pérennisé. Alors que le champ de la complémentaire santé est devenu depuis 2000 l'objet d'une série continue de réformes, l'absence d'une telle source d'information représente une faille de la statistique publique. Le Système national des données de santé (SNDS) pourra peut-être permettre de combler une partie de ces besoins, notamment dans le cadre du projet

Tableau C Sources de données existantes sur l'accès aux soins, la santé et le recours aux soins (données d'enquêtes en population générale et données administratives appariées)

-
- Échantillon démographique permanent (EDP) santé : Système national des données de santé (SNDS) + EDP (avec les données socio-fiscales) : période couverte (2008-2022) mais son exploitation est pour l'instant limitée à l'évaluation de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.
 - Enquête santé européenne (EHIS) 2019 appariée avec SNDS sur cinq ans.
 - SNDS : information sur le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire (C2S) et anciennement Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) mais pas d'information sur l'éligibilité, la non-couverture et les restes à charge après assurance maladie complémentaire (AMC) autre que C2S.
 - Enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) : enquête longitudinale annuelle en panel avec des individus suivis sur quatre ans.
 - Enquête Budget des familles (2011 ; 2017).
 - Enquête Bénéficiaires des minima sociaux (2003 ; 2006 ; 2012 ; 2018).
 - Modèle Omar-Ines de la Drees.
-

d'Appariement des données des Assurances maladies (Adam), mais sa date de disponibilité et sa capacité à produire de l'information sur les restes à charge réels ne sont pas connus aujourd'hui ni annoncés dans un futur proche. A défaut de ces informations sur les restes à charge réels au niveau individuel, un Outil de micro-simulation pour l'analyse des restes à charge (Omar) a été mis en place par la Drees pour simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois financeurs (Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu).

Connaissance des contrats et primes d'assurance complémentaire

Comme nous l'avons expliqué plus haut, l'évaluation des réformes de la complémentaire doit porter également sur les publics non pauvres, c'est-à-dire couverts par des contrats privés et non couverts mais non éligibles aux contrats C2S.

Concernant les contrats d'assurance complémentaire, la seule source ayant une ambition de représentativité est l'enquête sur les contrats modaux de la Drees, mais elle n'apporte pas d'information sur leur distribution dans la population ni ne fait de lien avec les dépenses et les besoins de soins des individus. Ainsi, s'il existe des données pour suivre l'évolution des primes au niveau macro-économique, il n'existe pas de source représentative pour suivre ces évolutions au niveau individuel en croisant avec des caractéristiques socio-économiques. Les enquêtes Budget des familles et Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV), depuis peu, ont introduit des modules sur les dépenses d'assurance complémentaire mais leur périodicité ne permet pas un suivi rapide de ces évolutions. Les analyses actuelles s'appuient sur les enquêtes de l'association de consommateurs « Que choisir », qui sont basées sur des appels à témoignage et dont la portée reste donc limitée. Ces lacunes sont soulignées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam). De même, un suivi des primes et des contenus des contrats d'assurance complémentaire non encadrés semblerait indispensable.

Au final, si les politiques d'extension de la complémentaire santé visent des publics pauvres, qu'ils soient précaires ou en situation de plus grande pauvreté, il nous apparaît indispensable d'en étudier les conséquences pour les groupes de population concernés mais aussi, plus généralement, de suivre les inégalités de couverture, d'accès aux soins en population générale. Il nous semble également nécessaire de suivre la population restant sans complémentaire, qui n'est identifiable qu'à partir d'enquêtes en population générale. Or, de telles approches ne sont pas possibles aujourd'hui par manque de données.

6.2. Mesures relatives à l'offre de soins de proximité

Nous regroupons dans cette section les investissements dans les centres de santé planifiés dans la Stratégie et le Ségur ainsi que les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass). Tous proposent des services de soins et une prise en charge sociale.

Les indicateurs de suivi portent, d'une part, sur les structures elles-mêmes (ils relèvent alors davantage d'indicateurs de processus), et, d'autre part, sur leurs usagers, en séparant en général la question de l'accès au dispositif de celle du service rendu à ses usagers (recours aux services de santé, accès aux droits hors du champ de la santé). La construction d'indicateurs pour l'évaluation et le suivi de ces dispositifs se confronte aux deux mêmes problématiques : la question du périmètre de la population cible dans un dispositif ouvert, les effets d'externalité dans les zones connexes, qui peuvent être dépourvues de dispositifs équivalents.

6.2.1. Evaluation et suivi du déploiement, de l'activité et de la soutenabilité des structures

Déploiement et fonctionnement des structures

Il sera utile de proposer une typologie des modèles d'organisation des Centres de santé communautaires (CSC) [acteurs locaux impliqués, représentation des usagers, type de professionnels, mode de collaboration, type de services proposés aux usagers, modes de financement]. Il sera nécessaire de prendre en compte l'offre de soins locale et comment elle évolue à la suite de l'installation de nouveaux CSC, afin de prendre en compte de potentiels effets d'éviction. Approches quantitatives et qualitatives complémentaires.

Pour les Pass, on attend de leur activité qu'elle fasse diminuer celle des services d'urgences ou, tout du moins, le nombre de recours non pertinents.

Accès et usage

Accès aux Centres : Part des personnes de la « zone de patientèle » (Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) quand cela est possible) ayant un usage usuel du centre, c'est-à-dire un médecin traitant dans le centre, mais aussi pourcentage de patients traités par le centre résidant dans la zone.

Recours aux services de santé : avoir un médecin traitant, au moins un recours au dentiste tous les ans, nombre de recours aux soins de spécialistes, optique, nombre d'hospitalisations évitables, nombre de recours aux urgences etc.

Le recours aux services de santé devra aussi s'étudier du point de vue de l'expérience du patient (satisfaction, accès à l'information, renoncement aux soins).

Pour les Pass, le recours pourra s'évaluer selon le lieu de soins habituel (cabinet du médecin, association, service hospitalier, urgences, aucun lieu de soins habituel).

Accès aux droits : Accès à la CMU-C, la C2S, l'Aide médicale de l'Etat (AME), aux droits sociaux comme le RSA. Il faut noter que l'augmentation de droits liés à la santé, comme les exonérations pour Affections de longue durée (ALD), peut refléter davantage un progrès de l'accès aux soins qu'une baisse de l'état de santé de la population.

Sous-groupe de population : groupe d'âge, genre, statut migratoire (pays de naissance, nationalité, durée de séjour), groupes de pathologies fréquentes si cela est possible (diabète, hypertension, obésité). Le recours aux soins curatifs doit pouvoir s'étudier corrigé des différences de besoins de soins entre individus ou zones.

Les résultats pourront s'observer en moyenne dans la population traitée, mais aussi sous forme de disparités/gradient social par rapport à d'autres territoires ou à la population générale.

Les Pass peuvent orienter leurs usagers vers l'AME (sans papiers) ou l'Assurance maladie (Français, demandeurs d'asile, ou encore les titres de séjour étrangers malades). Elles sont de plus probablement tributaires des variations des flux de nouveaux arrivants, eux-mêmes potentiellement très hétérogènes en termes de connaissance du français, de besoins de soins, etc. L'activité, mesurée par le nombre de passages/dossiers traités/dossiers traités avec succès, n'est donc peut-être pas interprétable simplement. Enfin, elles n'ont pas de population cible ou de zone de patientèle définie.

6.2.2. Données administratives

- Données de l'Assurance maladie et données administratives type EDP-santé pour comparaison entre QPV en intention de traiter.

6.2.3. Données d'enquête

- Premiers pas/ enquête sans domicile pour un suivi France entière, enquêtes qu'il conviendrait alors d'inscrire dans une régularité.
- Enquête urgence (incluant l'information sur le statut migratoire et le type de couverture maladie).
- Enquêtes *ad-hoc* dans la file active des centres, y compris dans les services d'urgence des hôpitaux.

6.3. Mesures relatives à l'offre médico-sociale à destination des publics très précaires

6.3.1. Public cible

Personnes majeures sans domicile fixe, dont l'état de santé somatique et/ou psychique est incompatible à la vie de rue mais ne nécessite pas une hospitalisation ; individus souffrant de pathologies plus ou moins lourdes, avec ou non des problèmes d'addiction.

6.3.2. Objectifs

Les mesures P5 et S3 visent à renforcer des dispositifs existants pour répondre à un besoin de prise en charge médicale et sociale de la part du public cible. Afin d'évaluer l'apport et l'efficacité de ces mesures, nous retenons les objectifs suivants :

- **Evaluer l'adéquation du volume de l'offre aux besoins des publics cibles** : il s'agit d'observer si l'augmentation du nombre de places prévu par les mesures est suffisante pour prendre en charge l'ensemble des personnes éligibles nécessitant une aide médico-sociale, et également si la répartition territoriale de l'offre est en adéquation avec les besoins, ou si certaines zones restent non pourvues.
- **Evaluer l'adéquation des dispositifs** (services proposés, modalités et conditions d'accueil, expérience et satisfaction des usagers) **aux besoins de publics spécifiques** comme les immigrés sans papiers, les personnes avec des situations sanitaires complexes ou les femmes seules : il s'agit d'observer si les dispositifs permettent de répondre aux besoins de tous les types de publics.
- **Mesurer et expliquer le renoncement aux soins** des personnes présentant des besoins mais ne faisant pas les démarches pour être admises dans ces structures, afin d'étudier la question de l'adéquation de l'offre avec les besoins de la population cible sous l'angle des patients, et d'explorer les différentes barrières potentielles à l'accès aux soins.
- **Observer l'évolution de la situation sanitaire et socio-économique des patients** : afin d'évaluer le bénéfice réel des dispositifs sur la trajectoire des patients, et notamment dans l'objectif de leur permettre de sortir de la pauvreté. Il est nécessaire d'observer l'évolution de leur situation sur le plan sanitaire mais également sur les plans social et économique, et de mesurer l'étendue et la durabilité des effets.
- **Observer la satisfaction des patients** : il est important d'associer le ressenti des patients à l'évaluation des dispositifs afin d'observer l'adéquation des services proposés à leurs attentes et besoins.

6.3.3. Informations nécessaires pour l'évaluation

Afin de répondre aux objectifs d'évaluation, les informations qu'il serait nécessaire de recueillir se situent à trois niveaux :

- **Informations sur la population cible** : estimation de la population éligible, et plus globalement de l'ensemble des personnes en situation de grande précarité avec des besoins médicaux et/ou sociaux importants, afin d'évaluer à la fois dans quelle mesure les dispositifs couvrent les besoins de la population éligible et également si certaines catégories d'individus présentent des besoins qui ne sont pas couverts par ces dispositifs. Plus généralement, il serait important de connaître de façon précise le profil sociodémographique de la population cible et d'effectuer une typologie des besoins (besoins de soins, besoins matériels, accès aux droits ou démarches administratives, etc.).
- **Informations sur les structures** : afin de mettre en relation les informations sur la population cible avec l'offre proposée, il faudrait recueillir un certain nombre d'informations sur les structures, à la fois quantitatives, comme les effectifs accueillis, les taux d'acceptation et motifs de refus (manque de places, inéligibilité...), le profil des patients (âge, sexe, situation légale, pathologie, addictions, etc.) et également des demandeurs (patients non admis) ; et qualitatives, comme la concertation des structures entre elles pour réguler l'attribution des places, le niveau de complexité des procédures d'accès, ou encore les éventuelles problématiques liées à la prise en charge de publics spécifiques.
- **Informations sur les patients** : un certain nombre d'indicateurs seraient nécessaires pour évaluer la situation des bénéficiaires, comme la situation d'hébergement, l'état de santé (évolution des pathologie(s), état de santé perçu, limitations d'activité, santé mentale), les comportements à risque (addictions), le recours aux urgences et autres services de soins, le recours aux minima sociaux, la situation économique (employabilité, ressources perçues), le soutien social (liens avec la famille et l'entourage), la participation sociale (activités communautaires) ou encore le bien-être psychologique (confiance en soi, stress ressenti, sentiment de reprendre le contrôle de sa vie) ; afin d'évaluer la trajectoire des patients, il serait nécessaire de recueillir ces différents indicateurs de façon répétée dans le temps ; observer leur satisfaction vis-à-vis des dispositifs serait également essentiel pour l'évaluation.

6.3.4. Méthodologie envisagée pour l'évaluation

Les personnes en situation de grande pauvreté constituent une population à la fois hétérogène, mouvante, difficile à repérer et généralement peu présente dans les données administratives. Il semble donc qu'aucun dispositif permanent ne puisse permettre de les suivre de façon durable. Ce constat limite donc les expérimentations possibles pour évaluer les mesures, et une évaluation à grande échelle au niveau national ne paraît pas réalisable. Cependant, nous estimons que certains dispositifs mis en place au niveau local pourraient être pertinents et efficaces pour recueillir l'information nécessaire à l'évaluation.

(1) Repérer la population cible :

Pour pouvoir estimer la taille et le profil de la population cible, l'une des possibilités serait d'enquêter auprès des structures en amont, à partir desquelles les patients sont orientés en LHSS, Lam ou ACT. Le rapport de l'évaluation des LHSS de 2013 et le bilan annuel des ACT 2019 nous donnent des informations sur la provenance des patients ad-

mis en LHSS en 2011 et en ACT en 2019 : dans les deux cas, il s'agit en premier lieu des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (services hospitaliers, urgences, cliniques privées, centres de santé, services sociaux), puis des structures d'hébergement, des maraudes ou équipes mobiles, des associations ou veilles sociales (pour les LHSS), des Centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) [pour les ACT], et, dans de rares cas, des présentations spontanées ou sous l'initiative de personnes proches.

En enquêtant auprès de toutes les structures de ce type dans un périmètre défini (agglomération, département), il devrait être possible de faire des estimations relativement précises de la population cible et des différents profils d'individus.

(2) Enquête auprès des structures :

En parallèle, une enquête pourrait être menée auprès de l'ensemble des structures LHSS, Lam et ACT au sein du même périmètre que celui défini dans le point précédent, en recueillant les informations relatives aux structures présentées ci-dessus. En comparant les informations collectées auprès des structures à celles sur la population cible, il devrait être possible d'estimer le taux de non-recours aux dispositifs de la population cible, et d'analyser l'adéquation de l'offre de prise en charge avec les besoins recensés, ainsi que des problématiques propres aux structures, comme la régulation des places disponibles au sein d'une même zone, les difficultés liées à la prise en charge de certaines catégories de patients, etc.

Cette enquête pourrait également être répétée à intervalles réguliers pendant plusieurs années afin d'observer l'évolution de la situation et les effets à long terme des mesures évaluées.

(3) Enquête auprès des usagers :

Pour évaluer la situation des patients et son évolution dans le temps, il serait intéressant de pouvoir comparer un groupe de bénéficiaires des dispositifs avec un groupe témoin de personnes non bénéficiaires (ayant effectué une demande mais n'ayant pas été admis par manque de places, par exemple). Cela permettrait d'observer l'impact de la prise en charge dans les structures sur les plans sanitaire, économique et social pour les usagers. Une autre possibilité serait de comparer plusieurs zones entre elles selon la densité de l'offre.

L'enjeu majeur réside cependant dans la capacité à repérer et à suivre ces individus qui, comme évoqué plus tôt, sont généralement difficiles à enquêter car ils se déplacent, ne forment pas un groupe uniforme mais une grande diversité de profils, et, surtout, sont souvent réticents à participer aux enquêtes. Toutefois, en prenant en compte ces limites et nombreux biais potentiels, certaines évaluations devraient être possibles, au moins au niveau local. Par ailleurs, la durée de séjour moyenne étant relativement longue dans les Lam et ACT (entre 8 et 18 mois selon le département en 2016 pour les Lam, 20 à 22 mois pour les ACT), cela devrait *a priori* faciliter le suivi des bénéficiaires de ces structures.

Enfin, pour évaluer la satisfaction des patients, une enquête qualitative *ad hoc* pourrait être réalisée au sein des structures auprès des usagers.

6.3.5. Dispositifs existants et limites

Nous avons repéré certains dispositifs existant sur la question des populations sans domicile et sur les structures d'accompagnement social et médical, mais celles-ci comportent des limites ne permettant pas de répondre à l'ensemble des objectifs de l'évaluation.

- **L'enquête Sans Domicile** de l'Insee, sur les modes d'hébergement et la situation sociodémographique des adultes sans domicile. Elle a été réalisée à deux reprises, en 2001 et 2012, et la prochaine édition est prévue pour 2025.

Limites : l'enquête contient peu d'information sur la santé des personnes sans domicile, ne permettant pas d'analyser les besoins de soins de cette population. Par ailleurs, certaines catégories de personnes sans domicile ne sont pas incluses dans l'enquête, comme les sans-abri ne faisant appel à aucun des services enquêtés, les personnes vivant dans des zones non pourvues en services ou non enquêtées (agglomérations de moins de 20 000 habitants par exemple), ou les personnes non-francophones ne parlant aucune des langues prévues dans le questionnaire destiné aux non-francophones.

- **L'enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS)** de la Drees. Elle fournit des informations sur l'activité des établissements et services, le personnel en fonction et le profil des personnes accueillies dans ces structures. Cette enquête existe depuis 1982, et a été réalisée tous les quatre ans entre 2004 et 2016, avec une prochaine édition prévue pour 2021.

Limites : l'enquête recueille des informations sur le profil des personnes accueillies mais pas sur les demandeurs, ni sur les taux d'acceptations et motifs de refus. L'information recueillie est uniquement de nature quantitative et ne permet pas d'analyser des problématiques liées à la coordination des structures ou aux difficultés spécifiques rencontrées lors de la prise en charge de certaines populations.

Enfin, à notre connaissance, il n'existe actuellement pas de dispositifs ou d'indicateurs de suivi des bénéficiaires sur le long terme.

Documents de travail de l'Irdes

- **Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France** / Or Z., Touré M., Rococo E.
Irdes, Document de travail n° 85, septembre 2021
- **Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France** / Cassou M., Mousquès J., Franc C.
Irdes, Document de travail n° 84, juin 2021
- **France's Response to the Covid-19 Pandemic: between a Rock and a Hard Place**
Or Z., Gandré C., Durand-Zaleski I., Steffen M.
Irdes, Document de travail n° 83, février 2021
- **Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)**
Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D.
Irdes, Document de travail n° 82, octobre 2019
- **Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins**
Penneau A., Bricard D., Or Z.
Irdes, Document de travail n° 81, juillet 2019
- **L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales**
Lucas-Gabrielli V., Mangeney C.,
Irdes, Document de travail n° 80, juillet 2019
- **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins** / Malléjac N., Or Z., avec la participation de Fournier C.,
Irdes, Document de travail n° 79, juin 2019
- **The Effects of Mass Layoffs on Mental Health** / Le Clainche C., Lengagne P.,
Irdes, Document de travail n° 78, mai 2019
- **Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins** / Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J.,
Irdes, Document de travail n° 77, avril 2019
- **Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français** / Chevillard G., Mousquès J.
Irdes, Document de travail n° 76, janvier 2019
- **Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation *ex-ante* des gains et des pertes de bien-être** / Pierre A., Jusot F., Raynaud D., Franc C.
Irdes, Document de travail n° 75, juin 2018
- **Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)** / Bricard D., Or Z., Penneau A.
Irdes, Document de travail n° 74, juin 2018
- **Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?** / Bricard D., Or Z.
Irdes, Document de travail n° 73, mars 2018
- **Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation** / Or Z., Penneau A.
Irdes, Document de travail n° 72, septembre 2017
- **The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France** / Pierre A., Jusot F.
Irdes, Document de travail n° 67bis, janvier 2017
- **Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français** / Sirven N., Rapp T.
Irdes, Document de travail n° 71, juin 2016

Autres publications de l'Irdes

Rapports

- **Pratiques paramédicales en soins primaires. Étude qualitative auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile** / Suchier M., Michel L.,
Irdes, Rapport n° 584, novembre 2021, 30 pages
- **International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. The United States Innovating Hospital Services at the University of North Carolina Medical Center** / Michel L., Or Z.,
Irdes, Rapport n° 581, série « Etudes de cas » 1.5ab
october 2021, 26 pages
- **Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée. Innovations dans cinq pays. Des services hospitaliers innovants au Centre médical de l'Université de Caroline du Nord** / Michel L., Or Z.,
Irdes, Rapport n° 580, série « Etudes de cas » 1.4a,
octobre 2021, 28 pages

Questions d'économie de la santé

- **La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes** / Com-Ruelle L., Choquet M.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 265, janvier 2022
- **La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée** / Gilles de La Londe J., Afrite A., Mousquès J.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 264, décembre 2021
- **Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires** / Suchier M., Michel L.,
avec la collaboration de Fournier C.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 263, novembre 2021

Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé

Une revue de la littérature

Expectable Effects on Poverty Reduction of the Health System Reforms Introduced in the National Strategy for the Prevention and Reduction of Poverty Literature Review

Damien Bricard, Paul Dourgnon, Jonas Poucineau

Quelles sont les conséquences des politiques de santé sur la situation économique et sociale des individus ? A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, nous proposons un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018 et du Ségur de la santé 2020. Ces mesures concernent l'amélioration de l'accès et l'extension de l'assurance complémentaire, le renforcement de l'offre de soins de proximité dans les territoires défavorisés, enfin l'offre médicosociale à destination des personnes en situation de grande pauvreté. Dans ce schéma, la santé joue sur la pauvreté selon deux canaux de causalité. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins réduit les dépenses de santé susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins, et ainsi de l'état de santé, influence à terme le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi et le revenu. La littérature éclairant l'effet des réformes de l'assurance complémentaire en France sur les populations pauvres est le plus souvent américaine et française. En France, la généralisation de la complémentaire santé est devenue un enjeu de politique publique en l'absence de mécanisme de limitation des restes à charge. Aux États-Unis, l'absence de couverture universelle a conduit au développement de programmes visant à faciliter l'accès à une couverture santé aux plus pauvres. Malgré l'*Affordable Care Act* ou *Obamacare* mis en œuvre à partir de 2010, 28 % des adultes y restaient sous-assurés en 2016. En France, les travaux portent sur l'impact de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le recours aux soins et sur les déterminants du non-recours à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ainsi qu'à la CMU-C. Aux États-Unis, des travaux estiment les effets des extensions de *Medicaid* sur différentes dimensions de la pauvreté telles les dépenses de santé, le recours aux soins, l'état de santé, l'accès à l'emploi. Les mesures portant sur l'offre de soin de proximité et l'adaptation des services de santé aux publics défavorisés et aux minorités ethniques peuvent être éclairées par les exemples des *Community Health Centers* aux États-Unis et au Canada. Enfin, les programmes *Housing First* ou *Medical Respite* permettent d'étudier les effets attendus de l'offre médico-sociale pour la grande pauvreté

